

Anna Eriksson, Heidi Roti ja Siru Suominen-Jalo

# KAIHIPOTILAAN PRE- JA POSTOPE- RATIIVINEN OHJAUS

Ohjausvideo kaihileikkaukseen tuleville potilaille

Opinnäytetyö  
Hoitotyö

2017



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Anna Eriksson, Heidi Roti ja Siru Suominen-Jalo	Sairaanhoitaja	Kesäkuu 2017
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Kaihipotilaan pre- ja postoperatiivinen ohjaus, ohjausvideo kaihileikkaukseen tuleville potilaille.		38 sivua 14 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Carea, silmätautiyksikkö		
<b>Ohjaaja</b>		
Lehtori Katri Rissanen		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Kaihin suurin aiheuttaja on ikä, siksi se on yleisin näkö tarkkuutta heikentävä sairaus. Yli 65- vuotiaista kolmanneksella on jonkinlaista kaihimuutosta silmissä. Suomessa vuonna 2008 tehtiin 46 951 kaihileikkausta.</p>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa Carean silmätautiyksikköön ohjausvideo. Opinnäytetyön tilaaja on Carea, silmätautiyksikkö. Yhteistyökumppanina toimi silmätautiyksikön palveluesimies ja sairaanhoitaja. Ohjausvideon tarkoitus on olla hoitajien tukena potilasohjauksessa. Ohjausvideon pohjana käytettiin Power Point – ohjelmaa ja varsinainen ohjausvideo tehtiin Movie Maker - ohjelmalla. Puheosuudet äänitettiin Audacity -ohjelmalla. Movie Maker ja Audacity - ohjelmat ovat internetistä ladattavia ilmaisohjelmia. Ohjausvideo on äänellinen, jotta potilaat, joiden näkö on heikentynyt, pystyvät sitä myös seuraamaan. Ohjausvideosta tuli selkeä ja ymmärrettävä.</p>		
<p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, joka pohjautui systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Aineisto on kerätty systemaattisesti ja analysoitu sisällönanalyysin avulla. Tutkimusten sisäänottokriteerit olivat suomen tai englannin kieli, julkaistu vuosina 2010 – 2017, tieteellisiä julkaisuja, saatavilla kokoteksti muodossa ja julkaisut ovat saatavilla ilmaiseksi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan yhdeksän tutkimusta, viisi näistä on kaihiin liittyviä ja neljä potilasohjaukseen. Tutkimuksissa selvisi, että kaihin pre – ja postoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu monia osa-alueita, jotta hoito onnistuu. Tutkimuksissa selvisi, että hyvään potilasohjaukseen sisältyivät potilaiden tarpeiden ja voimavarojen huomiointi, sekä ohjaavan henkilön asiantuntijuus, ammatillisuus ja motivaatio. Potilasohjaukseen vaikuttivat ohjaavan henkilön käytössä olevat resurssit.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
Kaihi, potilasohjaus, ohjausvideo		

Author (authors)	Degree	Time
Anna Eriksson, Heidi Roti ja Siru Suominen-Jalo	Bachelor of Health Care	June 2017
<b>Thesis Title</b>		
Cataract patients pre- and post-operative guidance, info video to cataract surgery patients		38 pages 14 pages of appendices
<b>Commissioned by</b>		
Carea		
<b>Supervisor</b>		
Katri Rissanen, Senior Lecturer		
<b>Abstract</b>		
<p>The significant cause of cataracts is age, that's why it is the most common acuity of vision debilitating disease. A third, over 65-year old's have some kind of cataract transformation in their eyes. In Finland year 2008 was made 46 951 cataract surgeries.</p> <p>The purpose of this thesis was to produces an info video for ophthalmology unit in Carea. Contact person`s from Carea were ophthalmology unit`s service superior and nurse. The purpose of the info video is to support nurse's patient counseling. Power-Point program was used as the basis of the info video, the actual video was made by Movie Maker program. Speech sections were recorded with Audacity program. Content of the video was spoken aloud, so it can be followed by the patient's with impaired vision. Info video become clear and understandable.</p> <p>The thesis was carried out as development work, which was based on systematic literature review. The data were collected systematically and analyzed by content analysis. The Inclusion criteria to used research were Finnish or English language, published in 2010 – 2017, scientific approach, available in full text form and publications are available free of charge. Nine studies were elected on a systematic literature review, five of these were related to cataract and four to patient counseling. The studies revealed, that cataract pre - and postoperative guidance contains many section, that treatment is successful. The studies revealed also, that good patient counseling included consideration of patients' needs and resources, as well as director's expertise, professional competence and motivation. Patient counseling were affected by the counsellor's resources that were available.</p>		
<b>Keywords</b>		
cataract, patient education, info video		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	CAREAN SILMÄTAUTIIYKSIKKÖ .....	6
3	KAIHI.....	7
4	OPINNÄYTETYÖN VAIHEET .....	11
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	13
4.1.1	Tutkimuskysymykset .....	14
4.1.2	Tiedonhaku .....	14
4.1.3	Sisällönanalyysi .....	16
5	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET .....	17
5.1	Pre - ja postoperatiivinen ohjaus kaihipotilaalle .....	17
5.1.1	Preoperatiivinen hoitotyö.....	18
5.1.2	Postoperatiivinen hoitotyö .....	19
5.2	Potilasohjaus .....	20
5.2.1	Potilaslähtöisyys .....	21
5.2.2	Organisaatio .....	24
6	TUOTOS .....	29
6.1	Kehittämistyö ja kehittämistyön tavoitteet .....	29
7	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET .....	36
	LIITTEET	
	Liite 1. Carean kaihileikkaus potilasohje	
	Liite 2. Carean potilasohje kaihileikkauksen jälkeen	
	Liite 3. Tietokantahakutaulukko	
	Liite 4. Tutkimustaulukko	
	Liite 5. Pre- ja postoperatiivinen ohjaus sisällönanalyysitaulukko.	
	Liite 6. Potilasohjauksen sisällönanalyysitaulukko	

## 1 JOHDANTO

Kaihi on maailman laajuisesti suurin sokeutta aiheuttava sairaus. Maailmassa on arviolta noin 50 miljoonaa kaihin vuoksi sokeutunutta ihmistä. (Saari 2011, 212.) Kaihilla tarkoitetaan tilannetta, jossa silmän mykiö läpäisee valoa huonosti samentumisen takia. Kaihi voi heikentää elämän laatua ja vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Kaihi 2013). Kaihin kehittymiseen vaikuttaa eniten ikääntyminen ja maailmassa yli 30 prosentilla yli 65-vuotiaista on kaihi yhdessä tai molemmissa silmissä. Yli 85-vuotiailla luku on yli 70 prosenttia. Muina riskitekijöinä tunnetaan silmävammat, silmien auringonvalolle altistuminen, suuri alkoholin kulutus, tupakointi, ylipaino ja diabetes. Myös perintötekijät vaikuttavat kaihin muodostumiseen. (Tarnanen, Välimäki & Vuorio 2010.) Vaikka riskitekijöitä tiedetään, ei ehkäisevää keinoa kaihille ole löydetty, vaan ainoa hoitomuoto on leikkaus. Suomessa kaihileikkauksia tehdään vuosittain noin 50 000 kappaletta. (Seppänen 2013.)

Potilaat oppivat asioita eri tavoin, siksi valittaessa ohjausmenetelmiä tulee miettiä, mikä on ohjauksen päämäärä ja miten potilas ottaa tietoa vastaan. Potilaat muistavat arviolta 75 % siitä mitä näkevät ja 10 % siitä mitä kuulevat. Näitä molempia menetelmiä hyödynnettäessä ohjauksessa potilaat muistavat 90 % siitä mitä on käyty läpi. Ohjausmenetelmiä ovat yksilöohjaus, ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus. Audiovisuaaliseen ohjaukseen muun muassa kuuluvat puhelinohjaus, kirjalliset ohjeet, joukkoviestintä, videot, tietoverkot ja demonstraatio. (Kyngäs ym. 2007, 71, 104, 116, 117–128.)

Suomen lainsäädännössä määritellään potilaan hoidosta, oikeuksista sekä potilasturvallisuuden ja laadun toteutumisesta. Näitä lakeja ovat mm. terveydenhuoltolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä perustuslaki. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, minkälaisia tietoja potilaan tulee saada häntä koskevista hoitovaihtoehtoista, hoidon merkityksestä ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista (17.8.1992/785, 5.§. mom).

Terveydenhuoltolaissa määritellään, kuinka terveydenhuollon toteuttamisen tulee perustua näyttöön ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin, sekä olla laa-

dukasta ja turvallista (30.12.2010/1326, 8. §). Suomen perustuslaissa sanotaan, että jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä (11.6.1999/731, 19. §).

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa painotetaan, että sairaanhoitajan on oltava oikeudenmukainen ja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitajan tulee luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Suomen perustuslaissa sanotaan, että ihmiset ovat yhdenvertaisia ja heitä tulee kohdella tasa-arvoisesti (11.6.1999/731, 6. §).

Nämä sairaanhoitajan eettiset ohjeet sekä Suomen perustuslaki tulee muistaa potilasohjausta suunniteltaessa.

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus kerätä tietoa potilasohjauksesta ja kaihista. Kerätyn tiedon pohjalta teimme ohjausvideon Kymenlaakson keskussairaalaan kaihileikkaukseen tuleville potilaille. Ohjausvideo tehtiin yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön kanssa. Ohjausvideon tavoitteena on toimia silmätautiyksikön työntekijöiden tukena potilaan ohjauksessa. Kaihileikkauspotilas on usein vanhus ja tämän takia kohderyhmän ikä on otettu huomioon videon suunnittelussa ja toteutuksessa. Videosta on tehty selkeä ja yhtenä tärkeänä osana videota on selostaja. Selostaja puhuu koko videon teksti sisällön selkeästi ääneen, jotta näön heikkeneminen ei vaikuttaisi informaation ymmärtämiseen. Videon tarkoituksena on myös lievittää mahdollisia pelkoja leikkaukseen menosta, sekä kerrataan jo saatua informaatioita leikkauksesta, hoito-ohjeista ja jälkiseurannasta.

Opinnäytetyössämme käytimme käsitteitä preoperatiivinen ohjaus sekä postoperatiivinen ohjaus. Preoperatiivisella ohjauksella tarkoitetaan ennen leikkauksta tapahtuvaa ohjausta. Postoperatiivisella ohjauksella tarkoitetaan leikkauksen jälkeistä ohjausta. (Ahonen ym. 2012,99.)

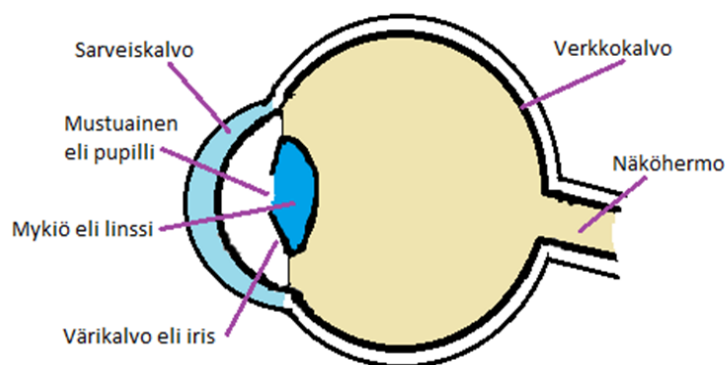
## **2 CAREAN SILMÄTAUTIIKSIKKÖ**

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalikutayhtymää kutsutaan Careaksi. Sen jäsenkuntia ovat Kouvola, Kotka, Hamina, Miehikkälä, Virolahti ja Pyhtää. Carean palveluita tuotetaan Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa ja sosiaalipalveluiden yksiköissä, sekä Kymenlaakson keskussairaalassa. Carea myös ostaa palveluja Helsingin yliopistosairaalasta ja Ortonista. (Care).

Teemme opinnäytetyötämme Kymenlaakson keskussairaalassa sijaitsevaan silmätautiyksikköön. Silmätautiyksikössä tehdään erilaisia silmätoimenpiteitä ja – tutkimuksia. Yleisimpiä toimenpiteitä ovat luomirakkuloiden ja ihomuutosten poistot, sekä erilaisten virheasentojen korjaukset silmäluomista. Yksikössä tehdään erilaisia laserhoitoja, kuten silmänpainetta alentava laserhoito, silmänpohjan laserhoito ja jälkikaihen poisto. Yhtenä toimenpiteenä on silmänsisäisten lääkeinjektioiden antaminen. Silmätautiyksikössä on päiväkirurgista leikkaustoimintaa. Leikkaussaleissa tehdään kaihileikkauksia ja silmänpainetta alentavia leikkauksia. (Carea).

### 3 KAIHI

Kaihilla tarkoitetaan silmän mykiön eli linssin samenemista. Mykiön samentuksessa valon kulku verkkokalvolle vaikeutuu ja aiheuttaa näöntarkkuuden heikkenemistä. (Kaihi 2013). Mykiön sameneminen on osa silmän luonnollista ikääntymistä (Seppänen 2013). Mykiö sijaitsee silmän etuosassa värikalvon takana. (Kuva 1). Iän myötä silmän mykiö kovettuu, tiivistyy ja vaihtaa väriä. Mykiön läpinäkyvyys heikkenee ja tämän seurauksena myös turpoaa muuttaen silmän taittovoimaa. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 77.) Harmaakaihi on aikuisiän yleisin kaihin muoto (Seppänen 2013). Harmaakaihia todetaan enemmän naisilla kuin miehillä (Saari 2011, 212). Kaihin etenemistä ei voida estää esimerkiksi lääkityksellä (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 77). Hoitamattomana kaihi voi johtaa sokeutumiseen (Saari 2011, 212).



Kuva 1. Silmänrakenne

Ikä on yksi suurin kaihia aiheuttava syy ja siksi kaihi on yleisin näkötarkkuutta heikentävä sairaus. Noin kolmanneksella yli 65-vuotiaista on jonkinlaista kaihimuutosta joka alentaa näkökykyä. (Seppänen 2013.) Kaihi on maailman laajuisesti suurin sokeutta aiheuttava sairaus. Maailmassa on arviolta noin 50 miljoonaa kaihin vuoksi sokeutunutta. (Saari 2011, 212.) Suomessa tehtiin vuonna 2008 yhteensä 46 951 kaihileikkausta (Kaihi 2013). (Taulukko 1.) Kymenlaakson keskussairaalassa leikkauksia tehdään vuosittain noin 1700. (Taulukko 2.) Toimivan ja nopean leikkaustoiminnan ansioista kaihi ei Suomessa lukeudu sokeutta aiheuttaviin silmäsairauksiin (Saari 2011, 212).

Taulukko 1. Kaihileikkausten määrät Suomessa vuosina 2003 – 2008 (Kaihi 2013).

<b>Vuosi</b>	<b>Julkinen sektori</b>	<b>Yksityinen sektori</b>	<b>Yhteensä</b>
2003	36 366	14 122	50 488
2004	35 381	14 862	50 243
2005	41 657	12 701	54 358
2006	36 274	9 470	45 744
2007	36 626	10 349	46 975
2008	38 236	8 715	46 951

Taulukko 2. Kaihileikkausten määrä Kymenlaakson keskussairaalassa vuosina 2013 – 2016.

<b>Vuosi</b>	<b>Leikkauksia</b>
2013	1593
2014	1766
2015	2091
2016	1796

Kaihin muodostumisen riskiä lisäävät iskut, jotka kohdistuvat suoraan silmään, mykiön vaurioituminen, lääkeaineet mm. kortisoni, diabetes, silmän sisäosan leikkaukset, alkoholi, tupakka, ylipaino, aurinko, säteily ja tulehdukset (Seppänen 2013). Jotkut perinnölliset oireyhtymät voivat myös aiheuttaa kaihia, kuten Alportin ja Lowen oireyhtymät, dystrofia myotonica ja retinis pigmentosa. (Saari 2011, 213.) Mastersonin artikkelissa mainitaan myös Downin sydrooma yhtenä riskitekijänä. Artikkelissa mainitaan myös mahdollisia riskitekijöitä, joita



ovat aiemmin mainittujen lisäksi rotu, jotkin lääkeaineet mm. statiinit, korkea verenpaine ja niveltulehdus. (Masterson 2015.)

### *Kaihin oireet*

Kaihin yleisin oire on näöntarkkuuden alentuminen, joka ei parane silmälaseja vaihtamalla (Kaihi 2013). Kaihi kehittyy yleensä molempiin silmiin, mutta sen eteneminen saattaa olla epäsymmetristä (Saari 2011, 216). Kaihin oireet kehittyvät kuitenkin yleensä melko hitaasti. Hämäränäön heikkenemisen ja lukemisen vaikeutuminen huomataan usein ensimmäisenä. (Seppänen 2013.) Hämäränäköä heikentää kontrastiherkyyden heikkeneminen (Kaihi 2013). Häikäistymistä voi myös ilmetä ja se johtuu valon hajoamisesta joka voi vaikeuttaa mm. autolla ajamista. Mahdollisten kaksoiskuvien näkeminen johtuu samentumien aiheuttamasta näköakselin jakautumisesta. Värinäön huonontuminen on myös yksi kaihin oireista. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 77.) Kipu, särky ja punoitus eivät normaalisti kuulun kaihin oireisiin (Saari 2011, 216). Kaihin edetessä maisema muuttuu utuisen haaleaksi ja silmälasien miinusvoimakkuuksien tarve lisääntyy. Kaihia epäillään usein silloin, kun silmälasien uusimisella ei saada näkökykyä tarkentumaan. Kaihin toteaminen tapahtuu useimmiten silmälääkärin toimesta mikroskooppitutkimuksen avulla. (Seppänen 2013.)

### *Kaihin hoito*

Kaihia hoidetaan leikkauksella silloin kun sen todetaan häiritsevät arkitoimintoja tai työstä selviytymistä (Seppänen 2013). Kaihileikkaukset tehdään yleensä päiväkirurgisesti ja suunnitellusti. Suurin osa suunnitelluista kaihileikkauksista tehdään paikallispuudutuksessa. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Räsänen 2011, 670.) Leikkauksessa silmän oma mykiö vaihdetaan keinomykiöön. Leikkauksessa sarveiskalvoon tehdään 2- 3 millimetrin levyinen ja noin 2 millimetrin pituinen tunneli. Mykiön etupintaan avataan pyöreä kapselimainen aukko. Kapselin alle ruiskutetaan nestettä, jotta mykiön tuma saadaan irrotettua liikkuvaksi ja poistettua. (Saari 2011, 217 - 218.) Nykyisin melkein kaikissa kaihileikkauksissa käytetään ultraäänitekniikkaa (Kaihi 2013). Suunnitellusti toteutuneen leikkauksen jälkeen on yleensä mahdollista kotiutua jo samana päivänä (Seppänen 2013).

Jälkitarkastus tehdään tarvittaessa potilaan kotiutuessa ja 4-6 viikon kuluttua (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2011, 670). Jos leikkaus ei mene suunnitelmien mukaan on usein syynä, että kaikkea kaihimateriaalia ei ole saatu poistettua tai linssiä ei ole voitu asettaa paikoilleen ensimmäisessä leikkauksessa, ja näin ollen joudutaan tekemään uusi leikkaus (Seppänen 2013).

Ennen kaihileikkausta tulisi potilaalta tutkia näöntarkkuus, tehdä linssinmittaus, selvittää kyynelkanavien kunto, mitata silmänpaine, tehdä mikroskooppitutkimus ja silmänpohjantutkimus (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2011, 670). Jotta leikkauskriteerit täyttyisivät, tulisi näön tarkkuus olla paremmassa silmässä lasikorjauksella 0,5 tai huonompi. Paremman silmän näön tarkkuuden ollessa parempi kuin 0,5 tulisi huonomman silmän tarkkuus olla lasikorjauksella 0,3 tai huonompi. Leikkauskriteeri täyttyy myös näön haitatessa arkitoimintoja, kun lasien vaihdolla ei saada parannettua näkökykyä. Leikkaus voidaan tehdä myös, jos ensimmäisen leikkauksen jälkeen on potilaalle tullut näköä haittaava silmien eritaitoisuus (yli 2D) tai kaihi haittaa jonkin muun silmäsairauden seurantaan. (Kaihi 2013).

Hoitajan tulee huolehtia, että potilas saa tiputettua puhdistavat tipat kolmena päivänä ennen leikkausta tai tarvittaessa hankkia apua tippojen tiputtamiseen. Hoitajan tulee myös ohjeistaa potilasta tehtävästä operaatioista, siihen valmistautumisesta ja jälkihoidosta. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2011, 670).

### *Mahdolliset komplikaatiot kaihileikkauksen jälkeen*

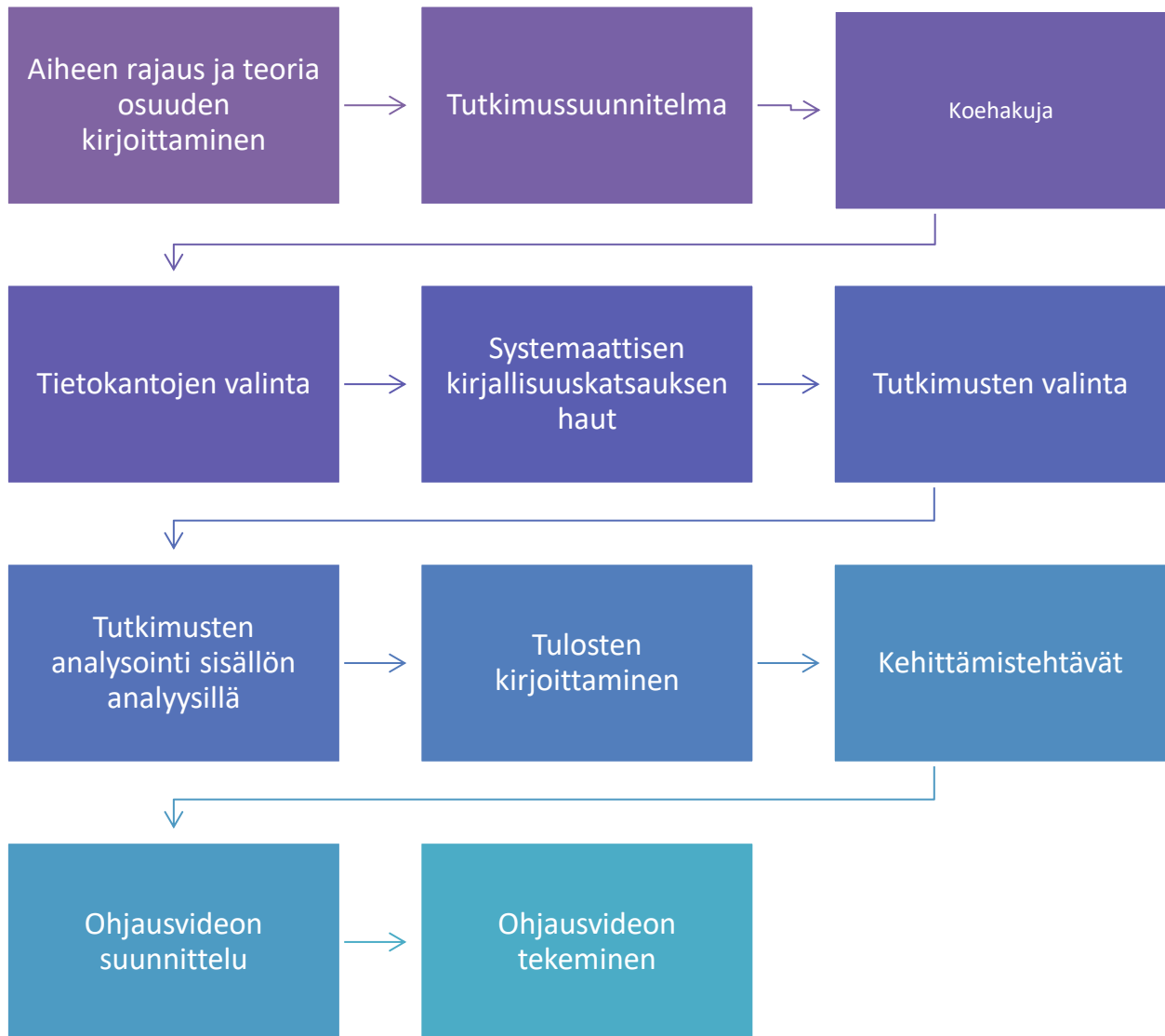
Tavallisin komplikaatio kaihileikkauksissa on instrumentilla kapselin takaseinään aiheutettu aukko, joka mahdollistaa mykiömateriaalin pääsyn lasiaistilaan. Mykiömateriaalin joutuminen lasiaistilaan voi aiheuttaa tulehduksen ja paineen nousun. Leikkaushaavaan liittyvät komplikaatiot johtuvat usein joko liian lyhyestä tunnelista tai instrumentin aiheuttamasta palovammasta. Näin ollen haava ei ole vedenpitävä ja ei siksi saavuta normaalia painetasoa. Harvinaisin ja pelätyin komplikaatio kaihileikkauksessa on silmän sisäosien bakteeritulehdus. Myöhäiskomplikaationa voi myös ilmetä jälkikaihia. (Saari

2011, 219.) Jälkikäsi eli takakapselin sumentuma ei tarkoita kaihin uusiutumisesta vaan se on erillinen silmäsairaus (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 79). Kaihileikkauksen jälkeen tulisi seurata sarveiskalvon väriä, silmän ulkonäköä, mustuaisen kokoa ja symmetrisyyttä, sarveiskalvon kirkkautta, silmäkipua, luomien turvotusta ja ulkonäköä (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2011, 671).

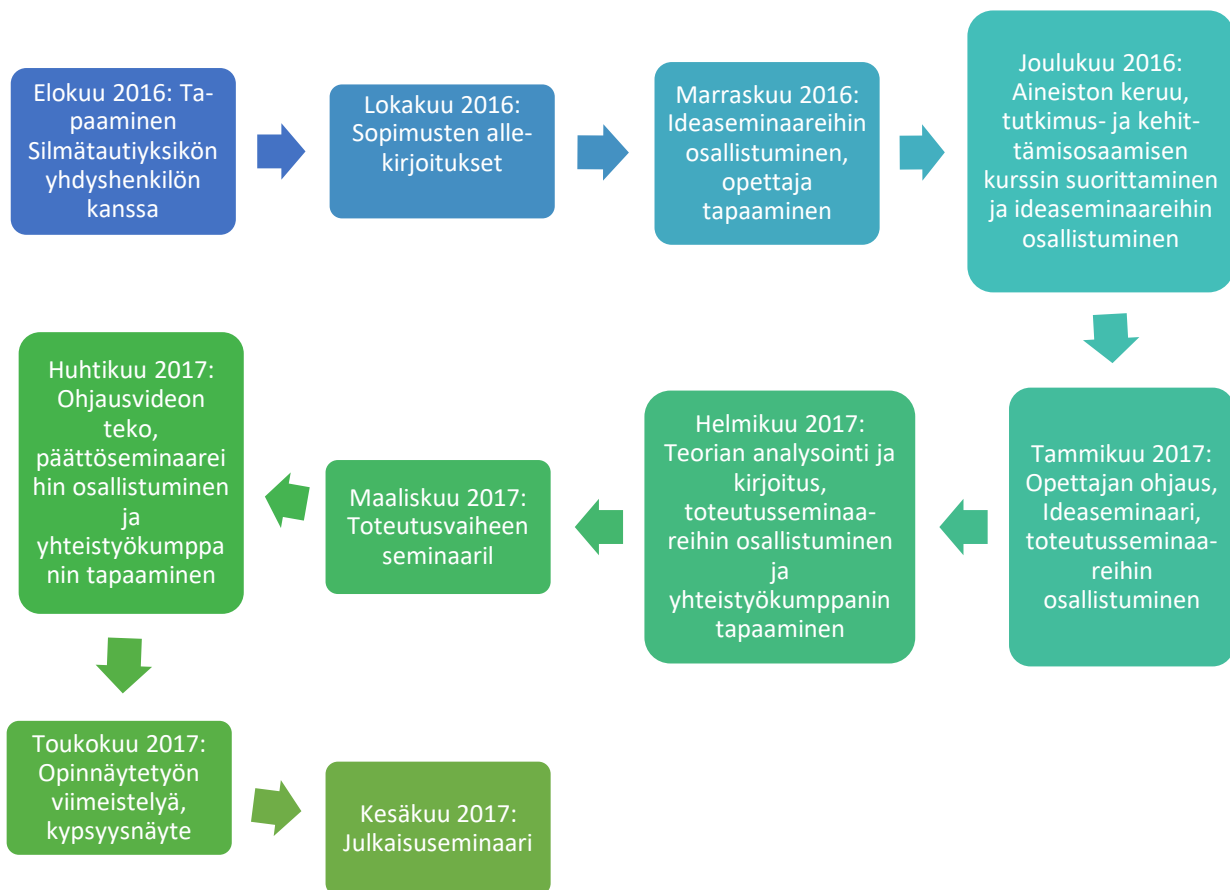
#### 4 OPINNÄYTETYÖN VAIHEET

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin tapaamalla yhteistyökumppani ja työelämänohjaaja elokuussa 2016. Tässä tapaamisessa yhteistyökumppanimme kertoi omat toiveensa opinnäytetyölle. Lokakuussa kirjoitimme opinnäytetyön sopimukset. Loka – marraskuun taitteessa aloimme tehdä opinnäytetyötä. Samaan aikaan kävimme tutkimus- ja kehittämisen osaamisen kurssin, joka auttoi hahmottaan tutkimusmenetelmiä ja sisällönanalyysin tekoa.

Teimme ensin sisällysluettelon, jotta hahmottaisimme asiat, joita käsittelemme opinnäytetyössämme. Valitsimme menetelmäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jotta saisimme laajan teoriapohjan kehittämistyöllemme. Tämän jälkeen tutustuimme teorian tietoon ja etsimme sitä eri lähteistä, kirjoista ja internetistä. Teoriatiedon tutustumisen jälkeen aloimme kirjoittamaan teoriatietoa kaihista. Tammikuussa 2017 teimme elektronisia hakuja aiheesta. Kirjoittamamme teoria osuuden kaihista pidimme idea- ja suunnitelmavaiheen seminaarin tammikuussa 2017. Tämän jälkeen jatkoimme elektronisten hakujen tekemistä systemaattisen kirjallisuuskatsaus- menetelmän mukaisesti. Helmikuussa analysoimme valitsemiamme tutkimuksia sisällönanalyysillä. Maalikuussa kirjoitimme tuloksia. Huhtikuussa pidimme toteutusvaiheen seminaarin ja aloitimme ohjausvideon teon. Toukokuussa viimeistelimme kirjallista osuutta ja teimme kypsyysnäytteen. Kesäkuussa kävimme esittelemässä opinnäytetyömme tuotoksen eli ohjausvideon silmätautiyksikössä. Kesäkuussa pidimme julkaisuvaiheen seminaarin. Kuvassa kaksi on kuvattu opinnäytetyömme eteneminen kaaviona. Kuvassa kolme on kaavio opinnäytetyömme toteuttamisen aikataulusta.



Kuva 2. Opinnäytetyön etenemisen vaiheet



Kuva 3. Opinnäytetyön toteuttamisen aikataulu

#### 4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella kerätään tutkittavasta aiheesta olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua ja tuloksia käytetään kattavasti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluu tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymyksien määrittely, alkuperäistutkimuksien haku, valinta, laadun arviointi, analysointi ja tulosten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37 - 43.) Työssämme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on etsiä tietoa kaihielikkäus potilaan potilasohjauksesta ja potilasohjauksesta yleisesti, sekä löytää vastaukset tutkimuskysymyksiimme.

Tutkimussuunnitelmaan kuuluvat tutkimuskysymykset, menetelmät, sisäänottokriteerit ja suunnitelma alkuperäistutkimusten keräämiseksi. Lisäksi määritellään valittujen alkuperäistutkimusten laatuksikriteerit. Tutkimuskysymyksiä määrittäessä rajataan se, mihin halutaan löytää vastaus. Tutkimuskysymyksiä määritettäessä korostuu tutkijan teoriatieto tutkittavasta aiheesta. Tutkimusky-

symyksiä voi olla yksi tai enemmän ja ne voivat olla vapaasti valittuja. Tutkimuskysymykset tulee määrittää selkeästi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37 - 43.)

Alkuperäistutkimusten hakemisessa haut kohdistetaan tietolähteisiin, jotka vastaavat valittuihin tutkimuskysymyksiin laajasti. Jokaiseen tutkimuskysymykseen tulisi tehdä haut erikseen. Alkuperäistutkimusten haun rajaukset tulisi määritellä tarkasti, jotta ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Ennen hakuja pitäisi määritellä sisäänottokriteerit, kriteerit määritellään tutkimuskysymyksien ohjaamana. Alkuperäistutkimusten laadulle tulisi määrittää peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa ja – kysymyksissä. Alkuperäistutkimusten analysointi voidaan tehdä alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin jälkeen. Alkuperäistutkimuksia kuvailtaessa kuvataan tulosten yhtäläisyydet ja erot. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37 - 43.)

#### **4.1.1 Tutkimuskysymykset**

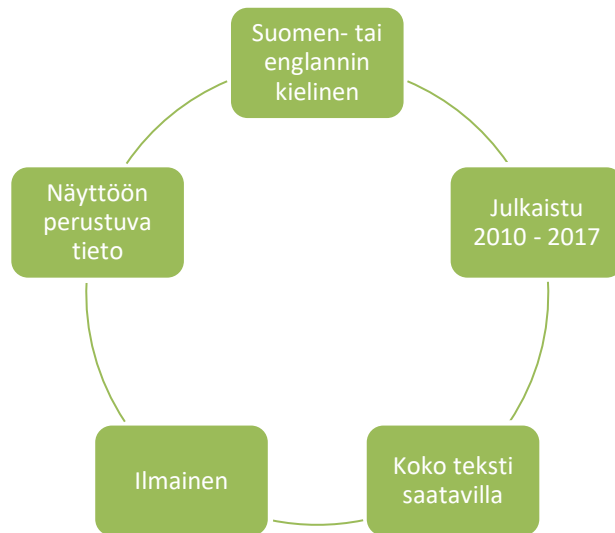
Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kysymykset ovat:

Mitä potilasohjaus sisältää?

Mitä sisältyy kaihileikkauspotilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitoon?

#### **4.1.2 Tiedonhaku**

Teimme elektronisia koehakuja aiheesta tammikuussa 2017, käytimme tiedonhakuun Medicin, Melindan ja Terveystieteen tietokantoja. Kokeilimme myös tiedonhakua Google Scholarista. Hakujen rajauksesta sovimme, että tekstit olisivat suomen- tai englanninkielisiä, vuosina 2010 - 2017 julkaistuja, saatavilla kokoteksti muodossa, ilmaisia sekä täyttäisivät näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa koskevat kriteerit (kuva 4.) Näyttöön perustuvan tutkitun tiedon kriteereitä ovat tutkimuksen pätevyys, voiko siihen luottaa, tutkimuksen sovellettavuus hoitotyössä ja tuloksien merkitys potilaille (Mäkelä ym. 2007, 62,63).



Kuva 4. Tiedonhaun rajauksen kriteerit

Ennen koehakujen tekoa kävimme korkeakoulumme kirjaston informaatikon tiedonhaku opastus tunneilla. Koehakuja teimme hakusanoilla cataract\*, kaihi\*, silmäkir\*, katarakt\*, potilasohj\*, preop\* AND postop\*, kir\* AND pot\*, mykiö, myki\*, pot\* AND ohjaus\*, patient AND counselin\*, patient AND advise\*, patient AND eye\*, potilas AND ohjaus, periop\*, kaih\* potilasohj\*, ennen\* AND jälkeen\*, periop\* päiväkir\* ohja\*, potilasohj\* päiväkir\* preop, elderly patient AND healthcare AND patient education ja perioperatiivinen hoito. Liitteenä tietokantahakutaulukko, josta näkee hakusanat ja hakutulosten määrä (Liite 3). Koehakuja tehdessä huomasimme nopeasti, ettei kaihiin ja sen pre- ja postoperatiiviseen hoitoon löydy paljoakaan tutkittua tietoa. Potilasohjaukseen suoraan liittyviä tutkimuksia löysimme muutamia. Valitsimme koehaun perusteella hakusanoiksi kaihi\*, perioperatiivinen hoito, periop\*, päiväkir\*, preop, periop\*, päiväkir\*, ohja\*.

Valitsimme työhömmme yhdeksän tutkimusta, joista neljä liittyy potilasohjaukseen ja viisi kaihiin. Liitteenä tutkimustaulukko, josta näkyy valitsemamme tutkimukset (Liite 4). Eri tietokannoista tuli osittain samoja tutkimuksia. Valitsimme tutkimukset sen perusteella, mitkä vastasivat tutkimuskysymyksiimme ja täyttivät hakukriteerimme. Tutkimusten sopivuutta työhömmme on arvioitu ensin otsikon perusteella, jos se on vaikuttanut sopivalta, on luettu tiivistelmä. Tässä vaiheessa tutkimus on joko hylätty tai otettu jatkotarkasteluun lukemalla koko tutkimus. Lopullinen tutkimusten valinta tehtiin yhdessä, jokainen tämän

työn tekijä luki valitut artikkelit kokonaan. Olemme kuvanneet (Kuva 5.) alkuperäistutkimusten valinta prosessin. Kävimme helmikuun alussa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Metsolan kampuksen kirjastossa etsimässä manuaalisesti tutkimuksia aiheesta, katsoimme Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede-lehtien sisällysluettelot läpi vuosilta 2010 - 2017, niistä emme kuitenkaan löytäneet sopivia tutkimuksia työhömmme.



Kuva 5. Alkuperäistutkimusten valinta

#### 4.1.3 Sisällönanalyysi

Tutkimuksen ydinasioita ovat analysointi, tulkinta ja johtopäätöksien tekeminen. Tutkijalle selviää analyysi vaiheessa asettamiensa tutkimuskysymyksiensä vastaukset. Analyysi vaiheessa voi myös tutkijalle selvitä, minkälaisia tutkimuskysymyksiä olisi pitänyt asettaa. Aineisto tulee käsitellä ja analysoida mahdollisimman pian. Sisällönanalyysia voi tehdä monin eri tavoin, vaihtoehtoja siihen on paljon, toteutukseen ei ole tiukkoja sääntöjä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221, 224.)

Aineisto on analysoitu sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla aineistoista etsitään tekstin ydin. Tekstimuodossa olevia aineistoja voi analysoida tällä menetelmällä. Tekstiaineistoja voivat olla esimerkiksi raportit, puheet, keskustelut, teemahaastattelut ja kertomukset. Kanasen mukaan sisällönanalyysiä tehdään luokittelun avulla. Luokittelua voi tehdä teoria- tai aineistopohjalta. Luokittelun tarkoitus on sisäistää aineisto tutkijalle. (Kananen 2012, 116 - 117.)

Tutustuimme kaikki valitsemiimme tutkimuksiin, jonka jälkeen jaoimme tutkimukset tasapuolisesti ja teimme niille sisällönanalyysin. Aloitimme purkamaan aineistoamme etsimällä tutkimuskysymyksiimme liittyviä asiasanoja. Luokitimme asiasanoja, niille muodostimme otsikoita, jotka nimesimme alaluokan

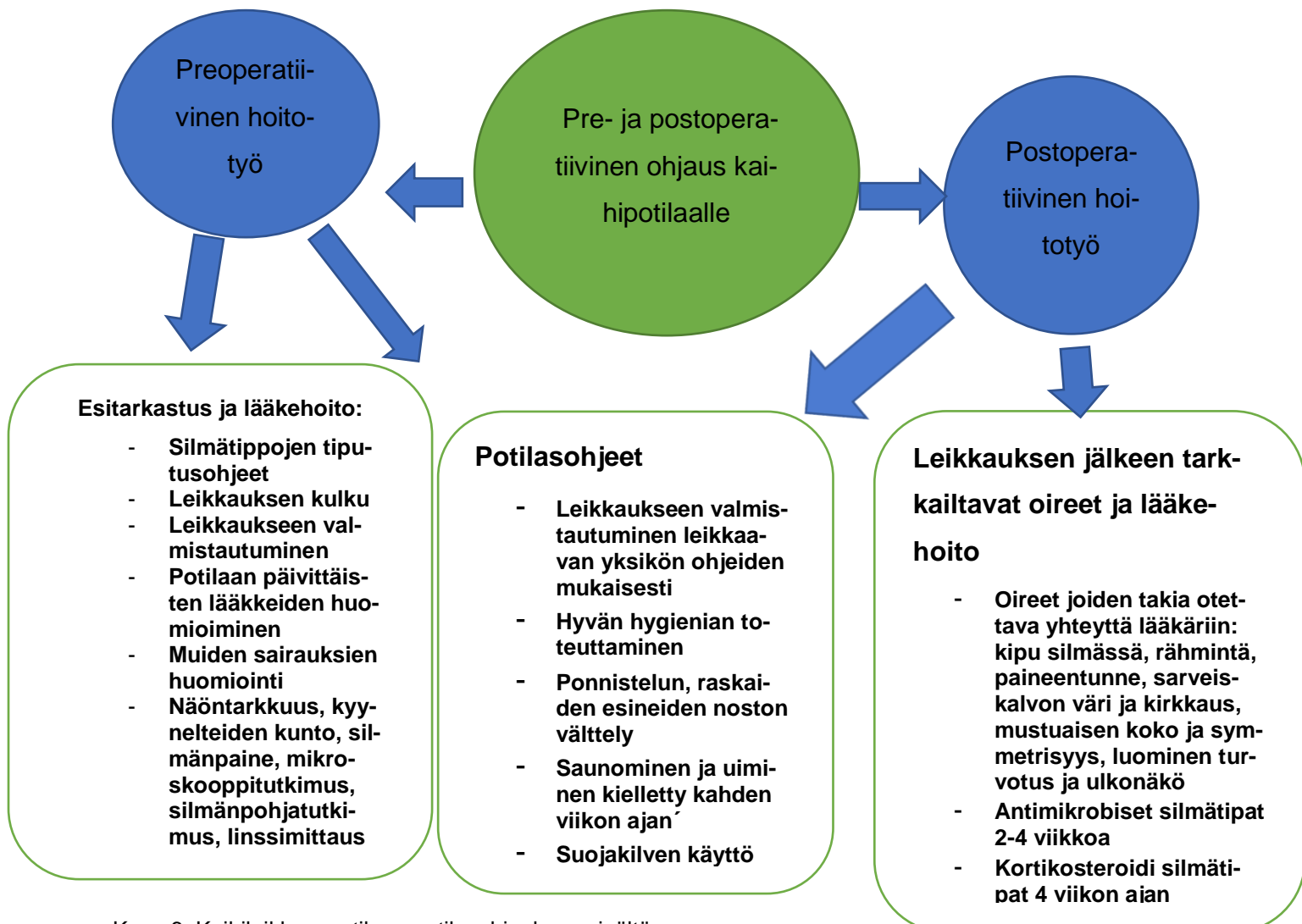


otsikoiksi. Niistä edelleen suurempia otsikoita, jotka nimesimme yläluokan ja pääluokan otsikoiksi. Apuna käytimme sisällönanalyysitaulukkoa. Molemmille tutkimuskysymyksille on omat sisällönanalyysitaulukot (Liite 5 & 6). Tämän jälkeen aloimme yhdessä kirjoittaa tuloksia auki, käyttäen sisällönanalyysin avulla tulleita otsikoita. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella ja sisällönanalyysillä muodostuivat opinnäytetyömme tulokset, joita käytimme kehittämistyömme teoriapohjana.

## 5 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

### 5.1 Pre - ja postoperatiivinen ohjaus kaihipotilaalle

Kuvassa kuusi on tiivistettynä kaihipotilaan pre- ja postoperatiivinen ohjaus. Kuvassa kerrottavat asiat nousivat esille sisällönanalyysin avulla. Kokonaisuuden muodostavat esitarkastus ja lääkkeet, potilasohjeet ja leikkauksen jälkeen tarkkailtavat oireet ja hoito.



Kuva 6. Kaihileikkauspotilaan potilasohjauksen sisältö

### 5.1.1 Preoperatiivinen hoitotyö

#### *Esitarkastus ja lääkehoito*

Tutkimustuloksista selvisi, että ennen leikkausta hoitaja selvittää potilaan kyvyn tiputtaa silmätippoja. Jos potilas ei kykene itse tiputtamaan tippoja, selvitetään pystyvätkö omaiset auttamaan, tarvittaessa kotipalvelun avut. Lääkärin käsikirjan mukaan silmätippojen tiputuksen apuna voi käyttää apteekista saatavaa tiputusaputelinettä. Sairaanhoitajan käsikirja ja Lääkärikirja Duodecim kertoo, että ennen leikkausta tiputetaan kolmen päivän ajan antimikrobisia silmätippoja. Kaihi käypähoito- suositus taas sanoo, ettei ole selkeää tieteellistä näyttöä siitä, että ennen leikkausta annetut paikallisantibiootit pienentäisivät silmän sisäisen tulehduksen riskiä, mutta ne kuitenkin vähentävät silmänpinnalla elävien bakteerien kasvua. Mastersonin kansainvälinen artikkeli kertoo, että Yhdysvalloissa jotkin lääkärit käyttävät hoitomenetelmää, jossa ei ennen leikkausta eikä sen jälkeen käytetä antibioottitippoja tai tulehdusta vähentäviä tippoja. Tipat on korvattu leikkauksessa suoraan silmään injektoitavalla lääkkeellä. Menetelmä on halvempi ja helpompi potilaalle, koska silmätippojen tiputtaminen voi olla potilaalle haastavaa. Yleisesti kuitenkin Yhdysvalloissa on käytössä silmätipat ennen ja jälkeen leikkauksen. (Suuronen 2014; Välimäki & Mattila 2016; Käypähoito-suositus kaihi 2013; Seppänen 2013; Masterson 2015.)

Sairaanhoitajan käsikirjan sekä Mastersonin artikkelin mukaan hoitaja kertoo myös leikkauksen kulusta ja leikkaukseen valmistautumisesta. Leikkauspäivänä potilas saa syödä ja juoda normaalisti sekä ottaa päivittäiset lääkkeensä, mutta Lääkärikirja Duodecimin mukaan verenohennuslääkkeen tarvittava keskeytys suunnitellaan ennakoon. Myöskin eturauhasen liikakasvuun määrätyt lääkkeet vaikuttavat kaihileikkauksen suunnitteluun, lääkeaine vaikuttaa silmänvärikalvoon. Kaihi käypä hoito-suosituksen mukaan edellä mainittujen lääkeryhmien lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös immunosuppressiiviseen lääkitykseen, koska se voi vaikuttaa leikkauksen kulkuun tai riskiin saada infektio. Silmälääkärin tehtävä on huomioida potilaan lääkitykset ja sairaudet. Sairaanhoitajan käsikirjassa kerrotaan, että ennen leikkausta lääkäri suorittaa esitar-

kastuksen, missä määritetään keinolinssin vahvuus, näöntarkkuus, kyynelteiden kunto, silmänpaine, mikroskooppitutkimus, silmänpohjatutkimus ja linssimittaus. Lääkärin käsikirjan mukaan esitarkastukseen kuuluu myös mustuaisen väri ja reagointi valoon. Sairaanhoitajan käsikirjan ja Mastersonin artikkelin mukaan hoitajan pitäisi rohkaista potilasta itsehoitoon. Mastersonin artikkelin mukaan hoitaja antaa potilaalle ruokavalio-ohjausta, joka vaikuttaa painoon ja diabetekseen. (Suuronen 2014; Käypähoito-suositus kaihi 2013; Seppänen 2013.)

### 5.1.2 Postoperatiivinen hoitotyö

#### *Leikkauksen jälkeen tarkkailtavat oireet ja lääkehoito*

Leikkauksen jälkeen tarkkailtavat oireet ovat kipu silmässä, silmän rähmintä ja punoitus, silmän kaiherrus, näön nopea huonontuminen, silmän sumentuminen, silmän ulkonäkö, paineen tunne, sarveiskalvon väri ja kirkkaus, mustuaisen koko ja symmetrisyys ja luominen turvotus ja ulkonäkö. Näiden oireiden ilmestyessä tulee ottaa yhteyttä silmälääkäriin. Kaikissa suomalaisissa tutkimuksissa kerrotaan, että leikattuun silmään tiputetaan leikkauksen jälkeen antimikrobisia silmätippoja 2 – 4 viikkoa, sekä kortikosteroidi silmätippoja 4 viikon ajan. Kaihi käypä hoito- suosituksen mukaa NSAID- silmätipan eli tulehduskipu silmätippojen käyttö saattaa vähentää kystisen makula turvotuksen riskiä. Lääkärin käsikirjan mukaan perusterveydenhuolto huolehtii niiden potilaiden jälkihoitoavun järjestämisestä, jotka eivät siihen itse kykene. (Suuronen 2014; Masterson 2015; Välimäki & Mattila 2016; Käypähoito-suositus kaihi 2013; Seppänen 2013.)

#### *Potilasohjeet*

Leikkaava yksikkö antaa kotihoito-ohjeet joita tulee noudattaa. Sairaanhoitajan käsikirjassa kerrottiin leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta yksityiskohtaisemmin. Näitä olivat; käsien pesu ennen silmätippojen tiputtamista, leikatun silmän koskettelun välttäminen, voimakkaan ponnistelun ja raskaiden esineiden nostelun välttäminen kuukauden ajan, saunominen ja uiminen kielletty kahden viikon ajan, samoin silmämeikin käyttö, leikatun silmän suojaaminen öisin kileillä 1 – 2 viikon ajan. Normaalina on leikkauksen jälkeen, että sidekalvolla

esiintyy punoitusta, jomotusta ja roskan tunnetta, oireet häviävät parissa viikossa. Mastersonin artikkelissa kerrotaan, että hoitaja kertoo silmätulehduksen oireiston, milloin tulee ottaa yhteyttä lääkäriin, hoitaja myös opettaa suojakilven käytön ja silmätippojen tiputuksen. (Suuronen 2014; Masterson 2015.)

Muissa tutkimuksissa pidettiin tärkeänä silmälääkärin jälkitarkastusta kuukauden kuluttua leikkauksesta, jossa mitataan silmänpaine, tutkitaan sarveiskalvo ja etukammio, arvioidaan leikkaushaava ja tekomykiön tila ja tehdään silmänpohjatutkimus. Silmälasin määritys suositellaan tehtäväksi noin kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Seppänen 2013; Välimäki & Mattila 2016; Käypä hoitosuositus kaihi 2013.) Lääkärin käsikirjassa ja kaihi käypä hoitosuosituksessa kerrotaan leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista, näistä yleisimmät ovat jälkikaihi ja kystinen makula turvotus (Välimäki & Mattila 2016; Käypä hoitosuositus kaihi 2013).

## 5.2 Potilasohjaus

Tutkimuksissa selvisi, että hyvään potilasohjaukseen sisältyy potilaiden tarpeiden ja voimavarojen huomiointi, sekä ohjaavan henkilön asiantuntijuus, ammatillisuus ja motivaatio. Potilasohjaukseen vaikuttavat ohjaavan henkilön käytössä olevat resurssit, kuten materiaalit, tilat ja käytettävä aika. Potilasohjaus on parhaimmillaan suunniteltua ja potilaan tarpeista lähtevä kokonaisuus. Lipposen tutkimuksessa kävi ilmi, että perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa potilasohjaukseen käytettiin työvuorossa noin kolme tuntia. (Saarela 2013; Miettinen 2016; Lipponen 2014, Kaukonen 2010.)

Lipposen tutkimuksen mukaan potilasohjauksen onnistumiseen tarvitaan ohjaajalta potilasohjausvalmiuksia. Näitä ovat ohjaajan myönteinen asenne, tieto sairauksista, kuntoutumisesta, hoidon jälkeisestä voinnista, potilaan hyvinvoinnin edistämisestä. Ohjaajan tulee myös hallita suullisen, kirjallisen ja audiovisuaalisen ohjauksen toteuttaminen. Potilasohjauksen toimintamahdollisuuksiin vaikuttavat käytettävissä oleva aika, materiaali, tilat, tutkimustieto ja välineistö sekä koulutus sen käyttöön. Myöskin henkilökunnan toimiva yhteistyö ja kehittämismahdollisuudet vaikuttavat potilasohjaukset toteutumiseen. (Lipponen 2014.)

### 5.2.1 Potilaslähtöisyys

#### *Potilaan tarpeiden tunnistaminen*

Miettisen tutkimuksessa tuli ilmi, että lähtökohta potilasohjaukselle ovat potilaan tarpeet, ne vaikuttavat potilasohjauksen sisältöön ja tavoitteisiin. Potilaan ikä ja sairaudet tulisi ottaa huomioon ohjaus tilanteessa. Myöskin Saarela tutkimuksessaan kertoi, että potilaalla on yksilöllinen sairastamistapa ja omia erityistarpeita, näihin on myös kiinnitettävä huomiota. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että ohjauksessa on hyvä kartoittaa potilaan harrastukset, työ, sosiaalinen elämä ja verkostot. Myös Lipponen mainitsee tutkimuksessaan potilaslähtöisyyden tärkeyden potilasohjauksessa. (Miettinen 2016; Saarela 2013; Lipponen 2014.)

Miettisen sekä Saarelan tutkimuksessa tuli ilmi, että potilasohjausta suunniteltaessa on otettava huomioon potilaan omaiset. Saarelan tutkimuksen mukaan potilaat voimavaraistuivat, kun heillä oli omainen mukana ohjaustilanteessa. Omaiset mukana olo ohjauksessa jakoi potilaan kokemaa taakkaa sairaudesta tai tulevasta toimenpiteestä. Omaisten on tärkeä olla mukana myös ohjaustilanteessa, jos potilaalla on huono kuulo tai muistin heikkeneminen. Omaisella pitää olla myös mahdollisuus esittää kysymyksiä. Myöskin kotiutustilanteessa omaisten olisi hyvä olla paikalla, tämä tukee myös kotona kuntoutumista. Miettisen tutkimuksen mukaan, jos ohjauksen kohteena oleva on lapsi, tulee pyrkiä huomioida lapsen ja vanhempien tarpeet ja lähtökohdat ohjaukselle. (Miettinen 2016; Saarela 2013.)

Saarelan tutkimuksessa käsitellään potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen, tähän kuuluvat konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaaminen. Konkreettisiin voimavaroihin kuuluvat varmistaa leikkauksekelpoisuus, turvata hoidon onnistuminen, lyhentää hoitoaikaa sairaalassa, tukea itsehoitovalmiuksia ja kuntoutumista. Henkisiin voimavaroihin kuuluvat henkinen tukeminen, luoda luottamus, turvallisuuden tunteen välittäminen ja kannustaa hoitoon sitoutumiseen. Sosiaalisiin voimavaroihin kuuluvat mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon, läheisten huomiointi ohjauksessa, kartoittaa sosiaalinen elämä ja sairaanhoitajan toiminen tukihenkilönä. Tiedollisiin

voimavaroihin kuuluvat varmistaa potilaan ymmärrys ohjauksesta, välittää oikeaa tietoa sekä tarkistaa potilaan itse hankkiman tiedon oikeellisuus. Miettisen tutkimuksessa nousi esiin, että joskus potilasohjauksen tarpeita ja sisältöä ohjaavat henkilökunnan omat kokemukset ja henkilökohtaiset näkemykset. (Saarela 2013; Miettinen 2016.)

### *Ohjauksen toteutus ja tavoitteet*

Saarelan tutkimuksessa ohjauksen tavoitteiksi nousivat potilaan hoitoon sitoutumisen kannustaminen, kuntoutumisen tukeminen, itsehoitovalmiuksien tukeminen, hoitjakson lyhentäminen, potilaan motivointi, leikkauskelpoisuuden varmistaminen, hoidon onnistuminen ja turvallisuuden tunne. Miettisen tutkimuksessa tavoitteeksi nousi myös hoitoprosessin sujuvuus ja potilaan selviäminen hoitajaksosta hyvin ohjauksen avulla. Potilasohjauksen tulee olla prosessimaista, potilasohjausta tulee suunnitella ennalta ja miettiä mitä menetelmää aikoo käyttää ja valmistautua ohjaustilanteeseen. Saarela kertoi tutkimuksessaan, että näyttöön perustuva tutkimustieto mahdollisti yhtenäiset ohjauskäytännöt ja auttavat potilasohjauksessa. Miettisen tutkimuksessa tuli ilmi, että tutkitun näyttöön perustuvan tiedon kertaaminen auttoi vahvistamaan omaa osaamista. (Saarela 2013; Miettinen 2016.)

Ohjauksella pyritään poistamaan pelkoja ja ennakkoluuloja. Turvallisuuden tunnetta lisäsi se, että ohjaaja pysyi koko prosessin ajan samana. Jotta potilas sitoutuu omaan hoitoonsa, tulisi ohjaajan selvittää potilaan oma näkemys hoidon tarpeellisuudesta. Miettisen tutkimuksen mukaan ohjauksella pyritään, potilaan voimaannuttamiseen ja ohjaus rakennetaan vastaamaan potilaan tarpeita. Kaukosen tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden aktiivisuutta ohjaustilanteessa lisää potilaiden mahdollisuus hankkia tietoa ennalta. Miettisen tutkimuksessa myös kerrotaan, että potilaan tulisi hyötyä annetusta ohjauksesta ja ohjauksen tulisi olla ymmärrettävää. (Saarela 2013; Miettinen 2016; Kaukonen 2010.)

Saarelan tutkimuksessa ilmenee, että potilasohjaus tilanteessa potilaalle ja omaiselle tulisi antaa mahdollisuus osallistua keskusteluun, tämä vaikuttaa ta-

savertaisen vuorovaikutus suhteen syntymiseen. Myös Miettisen tutkimuksessa vuorovaikutukseen ja potilaan kuuntelemiseen tulee kiinnittää huomiota. (Saarela 2013; Miettinen 2016.)

Saarelan tutkimuksessa potilaan ymmärryksen varmistaminen koettiin tärkeäksi, tämä toteutettuun antamalla potilaalle mahdollisuus keskustella ja kysellä hoitoonsa liittyvistä asioita. Myös Miettisen tutkimuksessa mainittiin, että keskeiset asiat tulisi kerrata ohjauksen lopussa, jotta varmistetaan potilaan tiedon ymmärtäminen. (Saarela 2013; Miettinen 2016.)

Miettisen tutkimuksessa kerrotaan, että potilaslähtöisyys, monipuoliset ohjausmenetelmät ja prosessimaisuus vahvistavat potilasohjauksen laatua. Myöskin yhteiset toimintamallit koetaan hyväksi, tällöin ohjaus ei riippuvainen ohjauksen toteuttaneesta työntekijästä. Saarelan tutkimuksessa tuli ilmi, että on tärkeää arvioida ohjausprosessia ja siihen kuuluvia osallistujia. On tärkeää saada ja antaa palautetta, jotta voi arvioida omaa toimintaansa.

Saarelan tutkimuksessa nousi esiin fyysisten tilojen merkitys ohjaukselle. Tilojen on oltava asianmukaiset, rauhallinen ympäristö ja tarvittavat materiaalit ja hoitovälineistö saatavilla. (Miettinen 2016; Saarela 2013.)

### *Ohjausmenetelmät*

Tutkimuksissa mainitaan ohjausmenetelmiksi yksilö -, ryhmä-, suullinen-, kirjallinen-, video-, puhelin- ja internetohjaus sekä kuvat. Miettisen tutkimuksen mukaan yleisin ohjausmenetelmä on yksilöohjaus, jota annetaan suullisesti. Suullinen ohjaus mahdollisti henkilökohtaisen kontaktin luomisen. Kaukosen tutkimuksessa nousi esiin, että kirjalliset ohjeet koetaan hyödylliseksi, jotta voi valmistautua sairaalahoitoon sekä itsehoitoon. Myöskin tutkimuksessa kerrotaan, etteivät potilaat pidä ohjaus - DVD:tä tärkeänä, jos potilaat kokevat omaavansa jo riittävästi tietoa. (Saarela 2013; Miettinen 2016; Lipponen 2014, Kaukonen 2010.)

Saarelan tutkimuksen mukaan yksilöohjaus koetaan parempana kuin ryhmäohjaus, koska potilailla on erilainen kyky ottaa vastaan ohjeita. Myöskin puhe-

linohjaus koettiin tarpeelliseksi muun ohjauksen lisäksi. Miettisen mukaan puhelinohjaus tulee lisääntymään tulevaisuudessa. (Saarela 2013; Miettinen 2016.)

Saarelan ja Miettisen tutkimuksen mukaan ohjausmenetelmät muotoutuvat ohjaavan yksikön mukaan, esimerkiksi perhe- ja ryhmäohjaus eivät onnistu kaikissa yksiköissä. Lipposen tutkimuksessa hoitohenkilökunta kaipasi ohjausmenetelmien laajentamista puhelinneuvonnan ja ryhmäohjauksen suuntaan. He kokivat tärkeäksi audiovisuaalisten välineiden hyödyntämisen ohjauksessa. Myöskin he kokivat, että potilaita pitäisi ohjata enemmän vertaistuen piiriin. (Saarela 2013; Miettinen 2016; Lipponen 2014.)

## 5.2.2 Organisaatio

### *Resurssit*

Miettisen tutkimuksessa nousi esiin, että erikoisala vaikutti potilasohjauksen sisältöön ja toteutukseen. Poliklinikoilla potilasohjaus kuului päivittäiseen hoitotyöhön, kun taas päivystystoiminta keskittyi toiminnan luonteen vuoksi akuutin tilanteen ohjaukseen. Työyksikkö vaikutti käytettäviin ohjausmenetelmiin, kaikissa yksiköissä ei ole mahdollista käyttää kaikkia ohjausmenetelmiä. (Miettinen 2016.)

Miettisen tutkimuksessa resurssien kerrottiin vaikuttavan potilasohjauksen toteutumiseen ajan, tilan ja materiaalien kannalta. Eniten koettiin ajan määrittävän potilasohjauksen toteutumista. Potilasohjauksen määrään nähden aikaa oli vähän tai ei ollenkaan. Tutkimuksessa koettiin, että potilasohjaus lisäsi työmäärää. Kiire oli isoin syy sille, että potilasohjaus jäi vaillinaiseksi tai kokonaan puuttumaan. Lipposen tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa koki ohjaukseen käytettävissä olevan ajan riittämättömäksi. Saarelan tutkimuksessa kerrotaan, että riittävä vastaanottoaika mahdollistaa laadukkaan ohjauksen. Tällöin ohjaaja pystyy keskittymään potilaaseen ja potilaat saavat enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Miettisen tutkimuksessa mainittiin moniammatillisen yhteistyön merkitys potilasohjauksessa. (Miettinen 2016; Lipponen 2014; Saarela 2013.)



Ammatillinen yhteistyö nousi esiin Miettisen tutkimuksessa, potilasohjaus koettiin kuuluvan koko henkilökunnalle. Lipposen tutkimuksen mukaan, suurin osa henkilökunnasta piti potilasohjaukseen osallistuvien henkilöiden yhteistyötä toimivana. Saarelan tutkimuksessa todetaan, että kehitysmuotoinen organisaatio tukee ohjaajan ammattitaitoa. (Miettinen 2016; Lipponen 2014; Saarela 2013.)

### *Haasteet*

Saarelan tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat haasteiksi liian hallitsevat omaiset, jotka voivat häiritä ohjaustilannetta. Eri sosiaaliryhmiin ja kielellisiin vähemmistöihin kuuluvat potilaat koettiin myös haasteelliseksi ohjata. Hoitajat kokivat myös välillä työn yksipuolisena. Haasteeksi koettiin myös potilaan hankkima väärä tieto. Kaukosen tutkimuksen mukaan potilaat kokivat, etteivät saaneet tietoa tarpeeksi, tieto oli ristiriitaista, epätarkkaa ja osittain perustelematonta, potilaat kokivat myös, että ohjaus ei ollut yksilöllistä. Lipposen tutkimuksessa hoitajat kokivat haasteeksi tilojen puutteellisuuden, ohjaukseen käytettävissä olevan ajan vähyyden ja henkilökunnan riittämättömän mitoituksen. Ohjaukseen käytettävä materiaali oli osittain puutteellista, hoitajat toivoivat enemmän ohjausvideoita ja muita erilaisia demonstraatio menetelmiä. (Saarela 2013; Kaukonen 2010; Lipponen 2014.)

Hoitajat kokivat myös tarvitsevansa enemmän koulutusta, jossa käsiteltäisiin potilaiden sairauksia, oireita, sairauden hoitoa ja niihin soveltuvia ohjausmenetelmiä sekä yhteneväisiä tieteellisiä ohjausrunkoja. Miettisen tutkimuksesta selvisi, että hoitohenkilökunta tiedosti potilasohjauksen tarpeellisuuden, mutta kiireen vuoksi he eivät pystyneet toteuttamaan ohjausta laadukkaasti. Potilasohjaus ympäristö oli useasti meluisa ja rauhaton, myöskin yksityisyyden suojan koettiin huonoksi tilojen vuoksi. Potilasohjeet koettiin epäselviksi ja osin materiaali oli vanhentunutta ja huonosti saatavilla. Lipposen tutkimuksessa tuli myöskin esille materiaalin päivittämisen ja täydentämisen tarve, materiaali tulisi olla myös potilaiden ja hoitajien saatavilla. (Miettinen 2016; Lipponen 2014.)

Miettisen tutkimuksessa potilasohjauksen kirjaaminen koettiin haasteelliseksi, tähän vaikuttivat kiire, sekä se, ettei rakenteisen kirjaamisen mallissa tuntunut

löytyvän omaa kohtaa potilasohjaukselle. Saarelan tutkimuksessa selkeä työnjako ja rajojen määrittely olivat hankalaa toteuttaa, hoitajat olivat joutuneet tekemään lääkärille kuuluvia päätöksiä. Lisä-kouluttamiset ja työn siirrot lääkäriltä hoitajille eivät nostaneet palkkaa, tämä osaltaan alensi työmotivaatiota ja vaikutti näin potilasohjauksen laatuun. Tiedonsiirto eri yksiköiden välillä, esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon, koetaan haasteelliseksi hoidon jatkuvuuden kannalta. Ohjeet ovat usein sisällöllisesti haasteellisia. (Miettinen 2016; Saarela 2013.)

### *Hoitohenkilökunta*

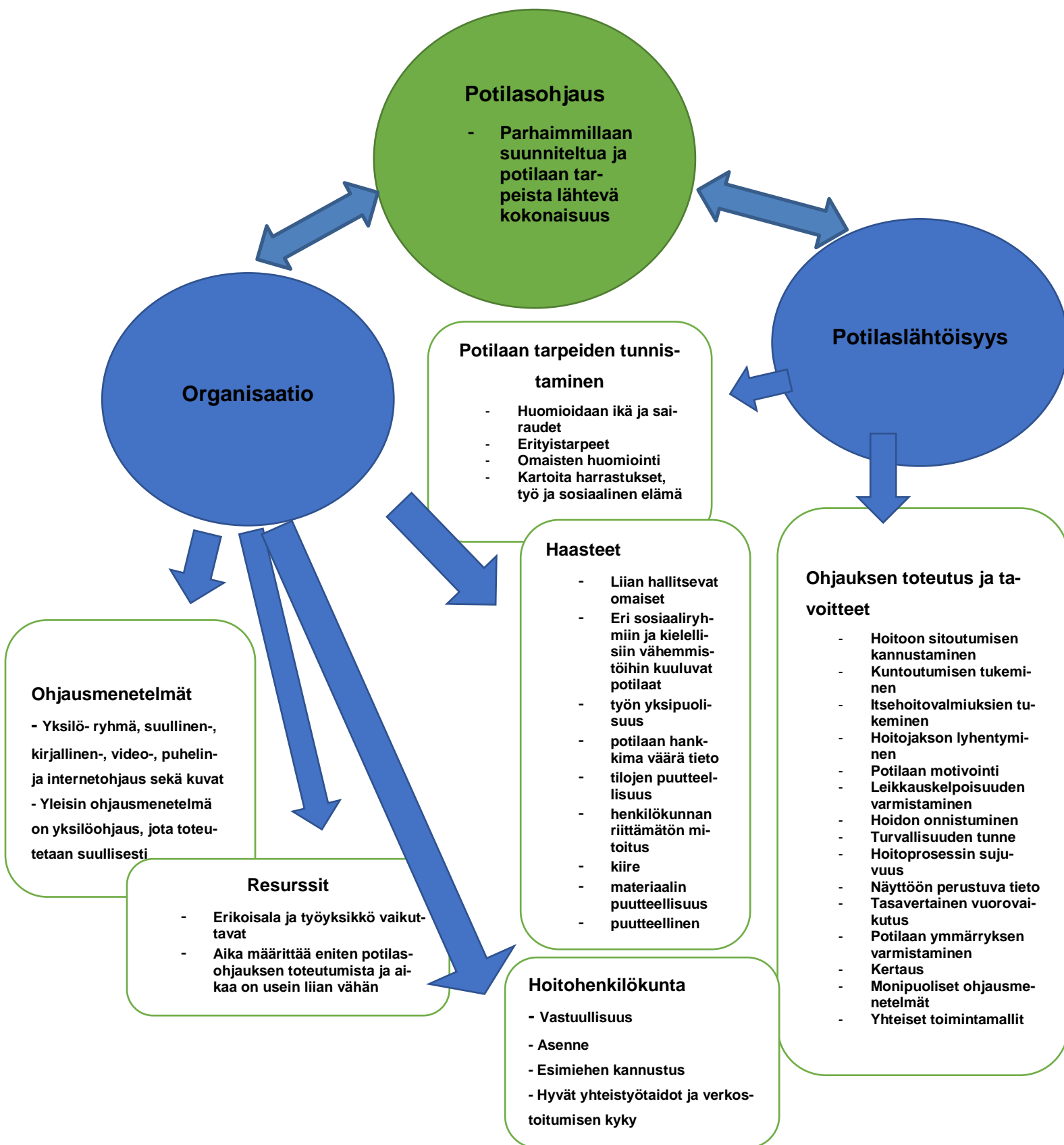
Saarelan tutkimuksessa nousi esiin, että hyvällä ohjaajalla on taitoa ohjata vastuullisesti potilasta, tämä korostuu ohjaajan pyrkimykseen antaa laadukasta ohjausta, vastuullisuutta lisäsi tieto mahdollisesta seuraamuksista, jos potilasohjausta ei ole toteutettu hyvin. Ohjaajan velvollisuutena on tiedostaa eettisten lähtökohtien vaikutukset hoitotyöhön ja potilasohjaukseen. Lipposen tutkimuksessa kerrotaan, että motivoitunut ohjaaja toteutti ohjausta potilaslähtöisesti, Saarelan tutkimuksessa motivoituminen ilmeni innostuksena ja kiinnostuksena omaan työhön ja potilasohjaukseen. Lipponen kertoo naishoitajien sitoutuvan enemmän ohjaukseen ja naisten mielestä sitoutuminen syventää ohjausta ja naisilla on yleisesti parempi motivaatio ohjausta kohtaan. (Saarela 2013; Lipponen 2014.)

Saarelan tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunnan antama ohjaus ymmärretään paremmin kuin lääkärin antama. Hoitajat koetaan tasavertaiseksi, joille voi purkaa mieltä painavia asioita. Saarelan mukaan ohjaajan tärkeitä ominaisuuksia ovat yhteistyötaito ja verkostoimiskyky, jotta alueellinen yhteistyö mahdollistuu. Hoitajan on myös tärkeää tunnistaa konsultoinnin tarve ja kyetä itsenäiseen toimintaan. (Saarela 2013; Lipponen 2014.)

Saarelan tutkimuksen mukaan täydennyskoulutus on koettu tärkeäksi, hoitajat kokivat ohjaustaitonsa kehittyneen ja tiedon soveltaminen käytäntöön vahvistui. Miettisen tutkimuksessa kuitenkin todettiin tiedon soveltamisen käytäntöön olevan haasteellista. Lipposen tutkimuksessa ilmeni, että erikoissairaanhoidossa työskentelevillä hoitajilla on paremmat tiedolliset valmiudet ohjata kuin

perusterveydenhuollossa työskentelevillä hoitajilla. (Saarela 2013; Miettinen 2016; Lipponen 2014.)

Miettisen tutkimus kertoo, että työkokemuksen tuoma ammattitaito auttaa potilaan ohjauksessa. Saarelan tutkimuksessa kerrotaan, jotta potilasohjaus olisi laadukasta, on ohjaajalla oltava pitkä työkokemus. Työkokemus antaa valmiuksia selviytyä erilaisista ohjaustilanteista. Näihin kykyihin vaikuttivat myös elämäkokemus ja ikä. Työkokemuksen myötä potilasohjaukseen tuli varmuutta, selkeyttä ja laaja-alaisuutta. Lipposen mukaan alle viisi vuotta työskennelleillä hoitajilla oli huonommat teoreettisen valmiudet ohjata, kuin pidempään työskennelleillä. Miettisen tutkimuksessa kerrottiin potilaan saaman ohjauksen laadun riippuvan ohjaavasta hoitajasta ja hänen valmiuksistaan. Saarelan tutkimuksessa hoitajan hyvä havainnointikyky antaa mahdollisuuden parempaan potilaan ohjaukseen, koska potilasta tarkkailemalla ja kuuntelemalla saadaan potilaasta yleiskuva. (Miettinen 2016; Saarela 2013; Lipponen 2014.) Kuvaan seitsemän on koottu potilasohjauksen keskeisin sisältö. Kuvio muodostuu potilasohjauksesta, potilaslähtöisyydestä ja organisaatiosta.



Kuva 7. Potilasohjauksen sisältö

## 6 TUOTOS

### 6.1 Kehittämistyö ja kehittämistyön tavoitteet

Kehittämistyömme tuotos on ohjausvideo. Video-ohjaukset ovat hyödyllisiä varsinkin niille, joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia, esimerkiksi näkövammaiset. Tällaisen ohjauksen avulla voi antaa ohjeistusta perusasioissa ja yleisissä ongelmissa. Sillä voi esimerkiksi esitellä kokemuksia, ohjeita, paikkoja ja tilanteita. Video-ohjaus on helposti vastaanotettava ja se on myös taloudellinen keino jakaa tietoa oikea-aikaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Opinnäytetyönä kehittämistyö on aina liitoksissa käytäntöön. Kehittämistyömme yhteistyökumppani on Carean silmätautiyksikkö. Kehittämistyö koostuu kirjallisesta raportista ja valmiista tuotteesta. Tässä työssä kehittämistyön tuotos on ohjausvideo kaihileikkaus potilaille Carean silmätautiyksikköön. Kehittämistyön taustalla on jokin asia tai ilmiö, joka halutaan kehittää paremmaksi. Se voi olla esimerkiksi opas, oppimateriaali, video, kotisivut tai jokin tapahtuma, tieteenalasta riippuen. Kehittämistyön kohde voidaan muuttaa ongelman muotoon ja niiden ratkaisuun tarvitaan teoria tietoa aiheesta. (Kananen 2012, 13; Hakala 2004, 29; Airaksinen, Vilkkä 2003, 9.)

Kehittämistyön tekeminen aloitetaan tutustumalla aiheeseen ja siihen mitä kehitettävästä asiasta tai ilmiöstä on siihen mennessä kirjoitettu ja tutkittu. Sitten suunnitellaan kehittämistyön tavoitteet, ja keinot joilla tavoitteisiin päästään. Tällaisen suunnitelman ja aiheeseen perehtymisen jälkeen alkaa kenttävaihe, jolloin kehittämistyö käynnistyy. Tärkeää koko opinnäytetyöprosessin ajan on tarkka ja kattava raportointi. (Kananen 2012, 47,48; Airaksinen, Vilkkä 2003, 66,67.) Liitteenä ovat Carean potilasohjeet kaihipotilaalle, systemaattisella tiedonhaulla täydensimme näistä ohjeista saamaamme tietoa ja varmistimme, että ohjeet ovat näyttöön perustuvaa (Liite 1 ja 2).

Kehittämistyömme taustalla on silmätautiyksikön toive saada potilasohjaukseen lisämateriaalia. Kävimme elokuussa 2016 tapaamassa silmätautiyksikön palveluesimiestä ja opinnäytetyömme työelämän ohjaajaa. Tällöin keskustelimme ohjausvideon sisällöstä, millaisen yhteistyökumppani sen haluaisi olevan ja mitä asioita sisältävän. Tapaamisessa käydyn keskustelun pohjalta

muokkaantuivat kehittämistyömme tavoitteet. Kehittämistyömme tarkoituksena on luoda ohjausmateriaalia kaihileikkauspotilaan potilasohjaukseen ja tavoitteena on kehittää kaihileikkauspotilaan pre- ja postoperatiivista ohjausta.

Kirjallisen osuuden valmistuttua teimme ohjausvideon. Saimme työmme tilaajalta toiveita siitä, mitä ohjausvideon pitäisi sisältää. Varmistimme, että saamamme toiveet materiaalista vastaavat opinnäytetyössämme käytettyä tutkittua tietoa ja näin ollen tiedämme sen olevan luotettavaa materiaalia. Ohjausvideossa käytetyt kuvat ovat silmätautiyksikön ottamia ja meille lähettämiä. Työstimme ohjausvideon sisältöä PowerPoint pohjalle silmätautiyksikön laatiman kirjallisen ohjeistuksen mukaisesti, jonka he lähettivät meille sähköpostilla. Ohjausvideon sisältö pidettiin mahdollisimman yksinkertaisena ja selkeänä. Ohjausvideon tarkoituksena oli lievittää mahdollista pelkoa kaihileikkaukseen meneviltä potilailta ja kerrata jo aiemmin yksikössä saatua suullista ohjeistusta.

PowerPoint materiaalin ollessa valmis lähetimme sen sähköpostilla hyväksyttäväksi silmätautiyksikköön ja korjasimme vielä tarvittavat muutosehdotukset materiaaliin. Muutimme materiaaliin kirjoitusasua teitittely muotoon ja poistimme tekstin toistoa. PowerPoint materiaalin ollessa valmis työstimme sen videon muotoon. Latasimme tietokoneelle internetistä Moviemaker ilmaisohjelman ja siirsimme PowerPoint diat yksitellen ohjelmaan. Seuraavaksi teimme ohjausvideon ääniraitoja yksi dia kerrallaan. Yksi meistä luki jokaisen dian tekstin selkeästi ääneen.

Ääniraitoja tehdessä Moviemaker ohjelmalla huomasimme äänenlaadun olevan todella huonolaatuista ja taustakohina kuului selkeästi. Äänitimme ääni osuudet ja työstimme koko ohjausvideon yhden meistä tekijöistä kotona. Tilana toimi vierashuone, joten sen kummempia äänieristyksiä ei voitu järjestää tausta kohinan poistamiseksi. Päädyimme lataamaan internetistä erillisen puheenäänitysohjelman nimeltään Audacity, äänen parempaa editointia varten. Audacity ohjelmalla saimme paremmin häivytettyä äänitteiden taustakohinaa ja näin saimme puheesta selkeämmän kuuloista. Äänitteissä pyrimme vain poistamaan haitallista taustakohinaa, mutta puheääni sai jäädä alkupe räiseksi. Mikrofonin päälle laitettu puuvillahansikas poisti myös tehokkaasti häiritsevää taustakohinaa. Ääniraitojen ollessa valmiita latasimme ne myös

Moviamaker ohjelmaan ja ajastimme PowerPoint diat yksitellen näkymään ruudulla puheen ajan. Ohjausvideon ollessa valmis lähetimme sen vielä silmätautiyksikköön hyväksyttäväksi. Silmätautiyksikön hyväksymisen jälkeen esitimme ohjausvideon yksikössä ja otimme vastaan palautetta työstämme. Ohjausvideon tekemiseen on käytetty ilmaisohjelmia, näin ollen kuluja ei ole syntynyt.

## 7 POHDINTA

Kehittämistyömme tavoitteena oli, kehittää kaihileikkauspotilaan pre- ja postoperatiivista ohjausta ja tarkoituksena oli luoda ohjausmateriaalia kaihileikkauspotilaan potilasohjaukseen. Opinnäytetyön systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli etsiä tietoa kaihileikkauspotilaan potilasohjauksesta ja potilasohjauksesta yleisesti, sekä löytää vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuskysymyksemme olivat mitä potilasohjaus sisältää ja mitä sisältyy kaihileikkauspotilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitoon. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme löytäneet vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Kehittämistyön tavoitteet ovat toteutuneet, ohjausvideosta tuli selkeä ja ymmärrettävä.

### *Tulokset ja niiden luotettavuus*

Opinnäytetyömme toteutettiin kehittämistyönä, jonka teoriaosuus toteutettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Tavoitteena systemaattisella kirjallisuuskatsauksella on löytää aiheeseen sopiva, oleellinen tieto, joko painetussa tai sähköisessä muodossa (Mäkelä ym. 2007, 48).

Opinnäytetyömme tutkimuksissa kävi ilmi, että potilasohjaukseen vaikuttavia tekijöitä on monia. Näitä tekijöitä ovat ohjaajan ominaisuudet, kuten ammatillisuus ja motivaatio sekä tilat, materiaalit ja ohjaukseen käytettävä aika. Tutkimuksissa ilmeni, että potilasohjauksessa on paljon puutteita ja haasteita. Tutkimuksista kävi ilmi, että eri yksiköissä ei osattu käyttää välineitä ja ohjausmateriaalia oikein. Usein potilasohjaus ei lähtenyt potilaan tarpeista, vaan ohjaajan omat kokemukset ja henkilökohtaiset näkemykset ohjasivat potilasohjausta. (Saarela 2013; Lipponen 2014; Miettinen 2016.) Yllämainitut asiat herättivät meissä keskustelua, siitä mistä tämä voisi johtua. Ajatteleimme tämän

johtuvan vallitsevista asenteista ja henkilökunnan puutteellisesta koulutuksesta.

Lähteissä esiintyi ristiriitaisuutta siitä, että tuleeko ennen kaihileikkausta tiputtaa antibioottitippoja. Sairaanhoitajan käsikirjan ja Lääkärikirja Duodecimin mukaan tipat tiputetaan. Käypä hoito – suosituksen mukaan tippoja ei kuitenkaan tarvitsisi laittaa, koska niiden tarpeellisuudesta ei ole selkeää tieteellistä näyttöä. Carean silmätautiyksikön potilasohjeissa antibioottisilmätippoja ei tiputeta ennen leikkausta. Mastersson (2015) mainitsee artikkelissaan hoitomenetelmän, missä potilaan ei tarvinnut tiputtaa silmätippoja ollenkaan, vaan nämä korvattiin silmään injektoitavalla lääkkeellä leikkauksen aikana. Tässä työssä on liitteenä Carean kaihipotilaan pre- ja postoperatiiviset ohjeet, koska jokaisella sairaalla on omat ohjeistuksensa (liite 1 ja 2).

Useiden neuvottelu- ja harkintavaiheiden jälkeen syntyy tutkimuksen lopullinen aihe, yleensä ensimmäinen mieleen tullut aihe ei ole käytettävissä tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 66). Työmme aihe on työelämälähtöinen, koska aihe on saatu Carean silmätautiyksiköstä. Koimme ehdotetun aiheen mielenkiintoisena ja ajankohtaisena.

Löydettyäessä aihe sitä on yleensä rajattava ja tarkennettava. Tulee miettiä mitä aiheesta haluaa tietää ja mitä keräämällään aineistollaan haluaan osoittaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 81.) Halusimme pitää työmme selkeänä ja yksinkertaisena, jätimme pois esimerkiksi yksityiskohdat kaihileikkauksesta, koska tämä tieto ei olisi ollut oleellista ohjausvideossa. Työmme rajausta on tehty yhteistyössä ohjaavan opettajamme kanssa.

Tutkimuksissa yritetään välttää virheitä, mutta niiden mahdollisuus on olemassa, tämän vuoksi tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Kaikkien tutkimusten luotettavuutta tulee arvioida. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuskysymykset, menetelmät, sisäänottokriteerit ja suunnitelma alkuperäistutkimusten löytämiseksi kuuluvat tutkimussuunnitelmaan. Tutkimuskysymyksellä määritetään mihin halutaan löytää vastaus. (Kääriäinen ym. 2006, 37- 43.) Tiedonhaku on toteutettu asettamiemme kriteereiden mukaisesti, valitsamme tutkimuksia olemme käyttäneet asettamiamme sisäänottokriteereitä. Tehtäessä tiedonhakuja havaitsimme, että kaihist ei löytynyt suomenkielisiä



tutkimuksia. Tästä syystä käytimme kaihin käypä hoito- suositusta sekä terveyskirjastosta löytyneitä artikkeleita. Käypä hoito- suositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla löysimme kaksitoista tutkimusta ja artikkelia, joista viisi käsittelee kaihia ja seitsemän potilasohjausta. Näistä kahdestatoista tutkimuksesta kuitenkin poistimme kolme, liittyen potilasohjaukseen, koska tarkemman tarkastelun jälkeen, ne eivät täyttäneetkään tieteellisen julkaisun kriteerejä. Näin ollen teimme myös sisällönanalyysitaulukon ja tulokset uudelleen, näin varmistimme työmme luotettavuuden säilymisen. Tämän vuoksi jäimme hieman opinnäytetyömme omasta aikataulusta jälkeen. Potilasohjaukseen valitsemamme tutkimukset olivat pro graduja ja yksi oli väitöskirja. Jaana Kaukosen pro gradusta saimme käyttööme vain tiivistelmän. Halusimme kuitenkin käyttää tätä tutkimusta, koska se liittyi niin suoraan meidän aiheeseen ja muita vastaavia emme löytäneet. Valitsemamme tutkimukset potilasohjauksesta olivat eettisesti perusteltuja, ne olivat hyödyksi potilaille, koska niissä kehitettiin potilasohjausta.

Työssä on mukana yksi englanninkielinen artikkeli kaihista. Pidimme lähdeettä luotettavana, koska artikkeliin oli käytetty laajasti lähteitä, pääsääntöisesti 2000 - luvulta. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, ettemme löytäneet tietoa onko artikkeli vertaisarvioitu. Mielestämme artikkeli oli hyödyllinen työhömme, koska artikkelista ilmeni hyvin, miten ulkomailla kaihia hoidetaan ja siinä oli tuotu hyvin esille asioita kaihin ennaltaehkäisystä, riskitekijöistä ja hoitomenetelmästä.

Jotta opinnäytetyö olisi luotettava ja laadukas on opinnäytetyön tekemisen prosessi dokumentoitava tarkasti. Työn on oltava jäljitettävissä, joten tämän takia kaikki valinnat pitää kirjata ylös ja perustella. (Kananen 2012, 165.) Tässä työssä jäljitettävyyttä lisäävät tehdyt tietokantahakutaulukko (Liite 3), tutkimustaulukko (Liite 4) ja sisällönanalyysitaulukot (Liitteet 5 & 6). Olemme kuvanneet opinnäytetyömme prosessin etenemisen vaihe vaiheelta. Työn luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kolme. Alkuperäistutkimukset ovat haettu erikseen, mutta yhdessä päätetty mitkä valitaan omaan työhömme. Sisällönanalyysit jaetuista tutkimuksista on tehty itsenäisesti, mutta tulokset ovat kuitenkin kirjoitettu yhdessä.

## *Tuotos*

Ohjausvideon sisältöä ja toteutusta ohjasi tilaajan näkemys ohjausvideon toteutuksesta. Yhteydenpito työn tilaajaan tapahtui sähköpostin välityksellä ja se toi ajoittain haastetta ymmärtää toisen osapuolen kantaa, esimerkiksi korjaus ehdotusten osalta. Materiaalin luomisessa PowerPoint ohjelma oli hyvä apuväline, sillä sai luotua selkeitä ja näyttäviä esityksiä. Ohjausvideon tekemisessä haasteita loivat Moviemakerin ja Audacity ohjelmien käytön opettelu. Ohjelmat eivät olleet entuudestaan tuttuja ja siksi niiden käyttö tuli opetella alusta alkaen. Ohjeet ja neuvot ohjelmien käyttöön etsittiin internetistä, tämä hidasti työn etenemistä. Ohjausvideon toteutus onnistui mielestämme hyvin ja se oli selkeä.

## *Eettisyys*

Olemme noudattaneet työssämme hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluvat huolellisuus ja tarkkuus sekä rehellisyys. Olemme kunnioittaneet muiden töitä, lähdemerkinnät on tehty ohjeiden mukaisesti ja emme ole plagioineet tekstiä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.)

Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen lähtökohtana. Ihmisillä tulee olla tilaisuus päättää osallistuvatko he tutkimukseen. Heille on myös kerrottava, millaisia riskejä tutkimukseen osallistumiseen liittyy. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Työn eettisyyttä lisäsi se, että ohjausvideossamme ei ole kuvattu ihmisiä. Ohjausvideossa olevat kuvat on saatu käyttöön Carean silmätautiyksiköstä.

Kehittämistyömme tuotos hyödyttää potilaita, se antaa tietoa tulevasta leikkauksesta ja sen jälkeisestä hoidosta, sekä voi vaikuttaa potilaan kokemaan jännitykseen tai ahdistukseen, jota tuleva leikkaus aiheuttaa. Tuotos varmistaa, että potilas saa hoitajan antaman potilasohjauksen jälkeen, vielä kertauksena potilasohjeet videon muodossa. Kaihipotilaan pre – ja postoperatiivista hoitoa toteutetaan monessa paikassa, ei vain silmätautiyksikössä, esimerkiksi kotihoidossa voi tällainen potilas tulla vastaan. Näin ollen opinnäytetyöstämme on hyötyä myös muillekin, kuin työmme tilaajalle.

*Jatkotutkimusaiheet*

Mielestämme jatkossa olisi hyödyllistä, että tutkittaisiin ohjausvideomme hyödyllisyyttä, sekä sen vaikutusta potilasohjaukseen. Potilaille ja hoitajille voisi tehdä esimerkiksi kyselyn aiheesta. Työtä tehdessämme huomasimme, että kaihista on vähän tutkimuksia, joten mielestämme siitä olisi hyvä tehdä lisää tutkimuksia ja kartoittaa kaihipotilaiden kokemuksia saamastaan hoidostaan, jotta potilasohjausta voitaisiin kehittää. Ammattikorkeakoulussa silmätautioppia ei ole opetettu. Kaihista ja sen hoidosta tuli meille opinnäytetyön tekijöille uutta tietoa. Silmätautioppia tulisi opettaa koulussa, koska kaihi ja on niin yleinen sairaus. Työssämme nousi myös esiin potilasohjauksen puutteellisuus ja haasteet. Näitä löytämiämme tuloksia voisi hyödyntää potilasohjausta kehitettäessä. Kehittämistyössämme emme pystyneet hyödyntämään kaikkia löytämiämme tuloksia potilasohjauksesta.

*Lopuksi*

Opinnäytetyön prosessi on ollut haastava ja sen tekemiseen olemme käyttäneet paljon aikaa. Haastavaksi olemme kokeneet tiedonhaun, oikean menetelmän valitsemisen ja käytön sekä kehittämistyön tekemisen, myöskin atk-aidot ovat olleet välillä koetuksella. Kuitenkin olemme pysyneet asettamassamme aikataulussa. Alun perin suunnittelimme tapaavamme työntilaajaa kaksi kertaa työntekemisen prosessin aikana. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, vaikka se olisi varmasti ollut hyödyllistä. Yhteydenpito työntilaajan kanssa tapahtui sähköpostitse. Työn edetessä olemme kerranneet tutkimusmenetelmien teoriaa, jotta opinnäytetyöstämme tulisi luotettava. Tämä on ensimmäinen opinnäytetyömme, joten emme osanneet hahmottaa miten opinnäytetyön teossa pitäisi edetä, siksi olemme joutuneet välillä palaamaan takaisin päin ja korjaamaan työtämme. Kolme tekijää lisää luotettavuutta, se on kuitenkin tuottanut hankaluksia aikataulutuksessa ja jokaisen oman tyylin yhteen sovittamisessa. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet tutkimusmenetelmistä, tutkimusten luotettavuuden arvioinnista sekä elektronisten hakukoneiden käyttöä. Vaikka olemme oppineet tutkimustenluotettavuuden arviointia, niin kansainvälisten artikkeleiden sekä tutkimusten kohdalla se on edelleen haastavaa. Toivomme, että kehittämistyönä toteuttamamme ohjausvideo, tulee käyttöön ja on hyödyksi työntilaajalle.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1 painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Airaksinen, T., Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Carea. Carea päihkinänkuoressa. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Carea/Kymenlaakson%20sairaanhoido-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/> [viitattu 1.12.2016].

Carea. 2016. Kaihileikkaus potilasohje. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Silm%C3%A4taudit/220616%20Kaihileikkaus.pdf> [viitattu 25.1.2017].

Carea. 2016. Kaihileikkauksen jälkeen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Silm%C3%A4taudit/220616%20Kaihileikkauksen%20j%C3%A4lkeen.pdf> [viitattu 25.1.2017].

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakoululle. 2.painos. Helsinki: Oy yliopistokustannus University Press Finland Ltd.

Heikkinen, K. 2013. Potilasohjauksen toteutus. Anestesiahoitajan käsikirja. Terveysportti.

Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [viitattu 11.5.2017].

Kaihi. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Silmälääkäriyhdistyksen ja Suomen Silmäkirurgiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) [viitattu 11.1.2017]

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kaukonen, J. 2010. Päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Turun yliopisto. Pro gradu.

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. 2006. *Hoitotiede*, 1/-06.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Mattila, J. & Välimäki, J. 2016. Kaihi (katarakta). Terveysportti. Lääkäriin käsikirja.

Masterson, M. 2015. Cataracts, risks, prevention, treatment. Kansas state nurse association. Verkkolehti. Saatavissa: [www.kaakkuri.fi](http://www.kaakkuri.fi) [viitattu 13.4.2017]

Miettinen, T. 2016. Potilasohjauskoulutus hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajana Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2011. Sairaanhoidajan käsikirja. 5.-6. painos. Porvoo: Bookwell oy.

Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K., Teikari, M. 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Saari, M. Silmätautioppi. 2011. 6 painos. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/> [viitattu 6.4.2017]

Seppänen, M. 2013. Kaihi (harmaakaihi, katarakta). Lääkärikirja Duodecim 12.12.2013. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00921](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00921) [viitattu 24.1.2017].

Suuronen, T. 2014. Kaihipotilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti.

Tarnanen, K., Välimäki, J., Vuorio, A. 2010. Kaihi. Käypähoitosuositus 1.11.2010. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00052> [viitattu 24.2.2017].

Työturvallisuuskeskus s.a. Työnäkeminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: ([http://ttk.fi/etusivu\\_\(vanha\)/tyonakeminen/ikaantymien\\_ja\\_tyonako](http://ttk.fi/etusivu_(vanha)/tyonakeminen/ikaantymien_ja_tyonako)) [viitattu 7.1.2017].

## KAIHILEIKKAUS potilasohje

### Kaihileikkaus

län myötä silmän oma mykiö samentuu. Kaihileikkauksessa silmän oma mykiö poistetaan nykyaikaisella ultraäänitekniikalla ja korvataan keinomykiöllä. Kaihileikkauksenne tehdään paikallispuudutuksessa.

Ajanvarauskirjeessä oleva aika on hoitajan haastatteluaika. Varatkaa aikaa tuloajasta eteenpäin 2 - 4 tuntia. Leikkausvalmistelut alkavat saavuttuanne.

Ennen leikkausta silmiinne tiputetaan mustuaista laajentavia silmätippoja. Leikkaussalissa silmänne puhdistetaan ja puudutetaan. Leikkauksen ajan olette makuulla toimenpidetuolissa.

Leikkauksen jälkeen voitte heti nousta jalkeille. Teille tarjotaan kahvia ja kerrotaan kotihoito-ohjeet ennen kotiinlähtöänne.

Autolla ajo ei ole sallittu leikkauspäivänä, eikä sitä suositella ennen leikkauksen jälkeistä näöntarkastusta ja silmälasitarpeen määrittämistä.

Leikkauksen jälkeen tarvitsette saattajan kotimatkaa varten. Esim. taksikuljettaja voi toimia saattajana.

### Sairausloma

Sairausloman pituus määräytyy työnne laadun mukaan (yleensä muutama viikko).

### Valmis- tautuminen

Täyttäkää oheiset esitietolomakkeet jo kotona huolellisesti. Ottakaa myös mukaanne mahdolliset käytössä olevat lääkereseptinne, silmälasinne ja silmälasireseptinne.

### Edellisenä iltana

Käykää leikkausta edeltävänä iltana suihkussa ja peskää myös hiuksenne.

### Leikkauspäivän aamuna

Pukeutukaa väliin, mukaviin ja puhtaisiin vaatteisiin. Nämä vaatteet ovat päällänne myös leikkaussalissa.

Älkää käyttäkö kasvovoidetta tai meikkiä leikkauspäivänä.

Voitte syödä ja juoda normaalisti ennen sairaalaan saapumista.

Ottakaa tavanomaiset aamulääkkeenne, ellei lääkkeiden käyttämisestä ole muuta sovittu.

<b>Kaihileikkauksen jälkeen</b>	<p>Leikkauksen jälkeen silmässä voi olla muutaman päivän ajan liikekipua, lievää arkuutta, roskantunnetta, valonarkuutta, välkehdintää ja punoitusta. Näöntarkkuus voi olla sumea.</p> <p>Älkää painako tai hangatko leikattua silmää. Peskää kätenne aina ennen leikatun silmän hoitoa.</p> <p>Silmän päälle laitetaan muovinen suojakilpi, joka saa olla paikoillaan seuraavaan aamuun. Suojatkaa leikattu silmä kilvellä öisin viikon ajan. Silmäkilven kiinnittämistä varten hankkikaa apteekista ihoteippiä.</p> <p>Saunaan, uimaan, fysikaaliseen hoitoon tai kuntosalille voitte mennä kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Suihkussa voitte käydä päivittäin, mutta hiuksia pestessä varokaa kahden viikon ajan pesuveden valumista leikattuun silmään.</p> <p>Leikkauspäivä on toipilaspäivä. TV:n katselu ja lukeminen ovat sallittuja.</p> <p>Leikkausta seuraavana päivänä voitte suorittaa kevyet kotityöt ja muut tavanomaiset askareet kuten ennenkin. Ulkoiluakaan ei tarvitse rajoittaa.</p> <p>Tiputtakaa silmätippoja leikkauksen jälkeen ainoastaan leikattuun silmään annettujen ohjeiden mukaan. Jos teillä on käytössä muita silmätippoja (esim. silmänpainetippoja), jatkakaa niiden käyttöä leikkauksen jälkeen normaalisti, ellei lääkäri toisin määrää.</p>
<b>Lasitarkastus</b>	<p>Leikatun silmän taittovoima muuttuu yleensä leikkauksessa ja tämä vaikuttaa silmälasien vahvuuteen. Suosittelemme näöntarkastusta yksityisellä silmälääkärillä, jolloin teille voidaan samassa yhteydessä määrätä silmälasit. Varatkaa itse aika noin kuukauden päähän leikkauksesta. Silmälasien määrääminen silmien taittovirheiden korjaamiseksi ei kuulu julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuuseen (TEO Dnro 500813/2007).</p> <p>Jos silmäänne tulee kovaa särkyä, rähmintää tai näköenne heikkenee äkillisesti, ottakaa yhteyttä Silmätautien yksikköön. Virka-ajan ulkopuolella ottakaa yhteyttä tarvittaessa oman asuinalueenne päivystävään sairaalaan / terveyskeskukseen.</p>
<b>Yhteystiedot</b>	<p>Arkisin klo 8.00 - 15.00</p> <p>Silmätautien yksikkö 020 633 21 21</p>



## KAIHILEIKKAUKSEN JÄLKEEN potilasohje

<b>Yleistä</b>	<p>Älkää painako tai hangatko leikattua silmää.</p> <p>Leikattuun silmäänne tulee toimenpiteen jälkeen roskantunnetta, joka voi jatkua pidempään leikkauksen jälkeen. Tähän tuntemukseen voitte käyttää apteekista ilman reseptiä saatavia silmän pintaa kostuttavia silmätippoja.</p> <p>Silmän päällä on muovinen suojakilpi, jonka annetaan olla paikoillaan seuraavaan aamuun. Suojatkaa leikattu silmä kilvellä öisin viikon ajan. Peskää kilpi päivittäin. Leikkauksen jälkeen näkönnne on hämärä, mutta kirkastuu vähitellen päivä päivältä noin viikon kuluessa.</p> <p>Leikkauspäivä on toipilaspäivä. Seuraavasta päivästä lähtien voitte elää normaalia elämää ja tehdä kevyitä kotiaskareita vointinne mukaan. Voimakkaita ponnisteluja tulee välttää kahden viikon ajan.</p>
<b>Silmätipat</b>	<p>Tiputtakaa silmätippoja LEIKATTUUN SILMÄÄN ohjeen mukaisesti huomisaamusta alkaen.</p> <p>.....tippoja käytetään 1 tippa kolmesti päivässä yhden (1) viikon ajan.</p> <p>.....tippoja käytetään 1 tippa kolmesti päivässä kolmen (3) viikon ajan.</p> <p>Jos teillä on käytössänne muita silmätippoja (esim. silmänpaineen hoitoon tarkoitettuja tippoja), jatkakaa niiden tiputtamista normaalisti ellei lääkäri toisin määrää.</p>
<b>Peseytyminen</b>	<p>Saunaan, uimaan, fysikaaliseen hoitoon tai kylpylään voitte mennä kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Suihkussa voitte käydä päivittäin, mutta hiuksia ja kasvoja pestessänne varokaa kahden viikon ajan pesuveden valumista leikattuun silmään. Leikatun silmän luomireunoja voitte puhdistaa varoen kylmään vesijohtoveteen kastellulla puhtaalla pumpulipuikolla / vanulapulla.</p>
<b>Lasitarkastus</b>	<p>Leikatun silmän taittovoima muuttuu ja tämä vaikuttaa silmälasien vahvuuteen. Suosittelemme näöntarkastusta yksityisellä silmälääkärillä kuukauden kuluttua leikkauksesta, jolloin teille voidaan samassa yhteydessä määrittää silmälasit. Silmälasien määrääminen silmien taittovirheiden korjaamiseksi ei kuulu julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuuseen (TEO Dnro 500813/2007).</p> <p>Jos silmäänne tulee kovaa särkyä, näkönnne heikkenee äkillisesti tai esiintyy tulehduksellisia oireita (rähmintä, lisääntyvä punoitus) ottakaa yhteyttä Silmätautien yksikköön. Virka-ajan ulkopuolella ottakaa yhteyttä tarvittaessa oman asuinalueenne päivystävään sairaalaan / terveyskeskukseen.</p>
<b>Yhteystiedot</b>	<p>Arkisin klo 8.00 - 15.00</p> <p>Silmätautien yksikkö 020 633 2121</p>

<u>Tieto-</u> <u>kanta</u>	<u>Hakusa-</u> <u>nat</u>	<u>Rajaukset</u>	<u>Haku-tu-</u> <u>lokset</u>	<u>Valitut</u> <u>otsikon</u> <u>perus-</u> <u>teella</u>	<u>Valitut</u> <u>abstrak-</u> <u>tin pe-</u> <u>rusteella</u>	<u>Valitut</u>
Medic	Cataract*	Suomi, englanti, koko tekstit, syno- nyymit käytössä 2010-2017	10	0	0	0
	Kaihi*	Suomi, englanti, koko tekstit, syno- nyymit käytössä 2010-2017	10	2	1	1
	Silmäkir*	Suomi, englanti, koko teksti, syno- nyymit käytössä 2010-2017	6	0	0	0
	Katarakt*	Suomi, englanti, koko teksti, syno- nyymit käytössä 2010-2017	6	0	0	0
	Potilasohj*	Suomi, englanti, kokotekstit, syno- nyymit käytössä 2010-2017	223	3	1	0
	preop* AND pos- top*	Suomi ja englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	25	1	0	0
	kir* AND pot*	Suomi ja englanti, 2010-2017, syno- nyymit käytössä, koko teksti	406	3	0	0

	mykiö	Suomi ja englanti, 2010-2017, synonyymit käytössä, koko teksti	3	1	0	0
	myki*	Suomi ja englanti, 2010-2017, synonyymit käytössä, koko teksti	6	1	0	0
	pot* AND ohjaus*	Suomi ja englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	238	4	0	0
	pa-tient*AND counselin*	Suomi ja englanti, 2010-2017, synonyymit käytössä, koko teksti	26	1	0	0
	pa-tient*AND advise*	Suomi ja englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	11	0	0	0
	pa-tient*AND eye*	Suomi ja englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	13	0	0	0
	Potilas AND ohjaus	Suomi ja englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	224	2	1	0
	Periop*	Suomi ja englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	50	0	0	0
	Kaih* potilasohj*	Suomi ja englanti, koko teksti, 2010-	234	3	1	0

		2017, synonyymit käytössä				
	Ennen* AND jäl- keen*	Suomi, englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	93	0	0	0
	Periop* päiväkir* ohja*	Suomi, englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	611	5	2	2
	Potilasohj* päiväkir* preop	Suomi, englanti, 2010-2017, koko teksti, synonyymit käytössä	295	3	1	1
Melinda	Kaihi*	2010-2017, e-ai- neisto	3	1	0	0
	Potilasohj*	Suomi, 2010- 2017, e-aineisto, väitöskirjat	11	1	1	1
	Potilasohj*	Suomi, 2010- 2017, e-aineistot, gradut	12	1	0	0
CINALH	Cataract	Englanti, 2010- 2017, Academic journals	86	1	1	1
	Elderly pa- tient AND health care AND pa- tient edu- cation	2010-2017, Aca- demic journals, Englanti	5	0	0	0
Terveys- portti	kaihi	Suomi, 2010- 2017	110	4	4	3

	Periopera- tiivinen hoito		26	1	0	0
Terveys- portti/sai- raanhoi- tajan tie- tokanta	potilasoh- jaus	Keskeiset ja tois- sijaiset tietokan- nat	9+12	3	3	0

<b>Tutkimuksen bibliografiset tiedot: tekijät, tutkimuksen nimi ja julkaisutiedot (milloin ja missä tehty ja julkaistu)</b>	<b>Aineiston ja tutkimusmenetelmän kuvaus</b>	<b>Keskeiset tutkimustulokset</b>
Katriina Saarela, KIRURGI-SEN POTILAAN OHJAUS ASiantuntijasairaanhoidajan KOKEMANA, Tampereen yliopisto 2013.	Pro gradu- tutkielma. Asian- tuntijasairaanhoidajien laati- mien essee kirjoitelmien poh- jalta. Aineisto analysoitu in- duktiivisella sisällönanalyy- sillä.	Ohjaukseen vaikuttavia teki- jöitä ovat ohjaajan ominai- suudet, täydennyskoulutus, työkokemus, organisa- tiokohtaiset käytännöt, poti- laslähtöisyys, perhekeskei- syys ja ohjaustyön motivaatio tekijät.
Tanja Miettinen, POTILAS- OHJAUSKOULUTUS HOI- TOHENKILÖKUNNAN OSAAMISEN VAHVISTA- JANA KUOPION YLIOPI- TOLLISSA SAIRAA- LASSA, Itä-Suomen yliopisto 2016.	Pro gradu- tutkielma. Puo- listrukturoitu teemahaastat- telu. Analysoitu aineistoläh- teisellä sisällönanalyysillä.	Potilasohjaus toiminta on osa ammatillista osaamista ja päivittäistä hoitotyötä. Po- tilasohjauksen toteutuessa hyvin se on moniammatillista ja potilasta voimaannuttava. Eniten sen toteutukseen vai- kuttavat resurssit.
Kaija Lipponen, POTILAS- OHJAUKSEN TOIMINTA- EDELLYTYKSET, Oulun yli- opisto 2014.	Väitöskirja. Strukturoitu kyse- lylomake ja haastattelu.	Potilasohjaus koostuu oh- jausmateriaalista, välineis- töstä, tutkimustiedosta, ajan- käytöstä, tiloista, moniamma- tillisesta yhteistyöstä ja oh- jauksen kehittämismahdolli- suuksista.
Jaana Kaukonen, PÄIVÄKI- RURGISSA KAIHILEIK- KAUKSESSA OLLEIDEN IÄKKÄIDEN POTILAIDEN	Pro gradu- tutkielma. Tee- mahaastattelu. Analysoitu laadullisella sisällönanalyy- sillä.	Potilaan tarve ja ohjausme- netelmät tulisi huomioida yk- silöllisesti. Tieto tulisi saada

KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUKSESTA, Turun yliopisto 2010.		ennalta, jotta potilas osallistuisi hoitoon aktiivisemmin. Kirjallisten ohjeiden merkitys korostui ohjausmenetelmistä.
Matti Seppänen, KAIHI (Harmaakaihi, Katarakta), Terveyskirjasto/ Duodecim, Lääkärikirja, 2013.	Artikkeli.	Yleisin iän mukana näköä heikentävä sairaus on kaihi. Kaihin hoitona on leikkaus.
Juha Välimäki ja Jukka Mattila, KAIHI (katarakta)Terveysportti, Lääkärin käsikirja, 2016.	Artikkeli.	Kaihissa näkökyky heikentyy. Yleislääkärin tehtävä on tunnistaa kaihin oireet. Kaihi hoidetaan leikkauksella.
KAIHI, Käypähoito -suositus, 2013.	Käypähoito -suositus. Perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon.	Yleisin sokeuden aiheuttaja maailmassa on kaihi. Kaihin hoito on leikkaus. Yleislääkärin on tunnistettava oireet ja silmälääkäri päättää leikkauksen tarpeellisuuden.
Marilyn Masterson, CATA-RACT, RISKS, PREVENTION, TREATMENT, Kansas state nurses association, 2015.	Artikkeli	Kaihi on Yhdysvalloissa yleinen sairaus. Suurin sokeutumisen aiheuttaja. Ikä, sukupuoli, tupakointi, diabetes, ylipaino sekä Downin syndrooma ovat riskitekijöitä.
Terttu Suuronen, KAIHIPO-TILAAN HOITO, Terveysportti, Sairaanhoitajan käsikirja, 2014.	Artikkeli.	Kaihissa mykiö sumentuu ja näkö heikkenee. Kaihin hoito kuuluu hoitotakuun piiriin. Elintavat ovat yksi riskitekijöistä.

<b><u>Pienet asiasanat</u></b>	<b><u>Alaluokka</u></b>	<b><u>Yläluokka</u></b>	<b><u>Päälouokka</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- näöntarkkuus (2)</li> <li>- linssimittaus</li> <li>- kyynelteiden kunto</li> <li>- silmänpaine (2)</li> <li>- mikroskooppi tutkimus (2)</li> <li>- silmänpohjatutkimus (2)</li> <li>- toimenpiteestä kertominen ja siihen valmistuminen (2)</li> <li>- rohkaistaan itsehoitoon (2)</li> <li>- tipaton hoito</li> <li>-terveydentila</li> </ul>	<b>Ensikäynti</b>	<b>Preoperatiivinen hoitotyö</b>	<b>Pre- ja postoperatiivinen ohjaus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibioottitipat</li> <li>- Verenohennuslääkkeet tauolle, jos mahdollista (2)</li> <li>- prostatalääke, huomioi</li> </ul>	<b>Lääkehoito</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Silmän kaiherrus (3)</li> <li>- Näön nopea heikentyminen (4)</li> <li>- Silmäkipu (5)</li> <li>- Silmä sumentuu</li> <li>- Rähmintä (2)</li> <li>- Punoitus (2)</li> <li>- Paineen tunne</li> <li>- sidekalvon punoitus ja jomotus</li> <li>- sarveiskalvon väri ja kirkkaus</li> <li>- silmän ulkonäkö</li> <li>- mustuaisen koko, symmetrisyys</li> <li>- luomien turvotus ja ulkonäkö</li> </ul>	<b>Seurattavat oireet</b>	<b>Postoperatiivinen hoitotyö</b>	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- leikkaavan yksikön ohjeet</li> <li>- suojaksi kilpi (2)</li> <li>- saunominen, uiminen kielletty</li> <li>- ei saa leikattua silmää hangata, painaa</li> <li>- ei voimakasta ponnistusta, raskaiden esineiden kantoa</li> <li>- ei silmämeikkiä</li> <li>- antibioottitipat (4)</li> <li>- Kortikosteroiditipat (3)</li> <li>- Nsaid tipat, mahdollisesti (2)</li> <li>- Tiputusaputeline (2)</li> <li>- Jälkitarkastus (3)</li> <li>- Uudet silmälasit (3)</li> <li>- jälkikaihi (2)</li> </ul>	<b>Potilasohjeet</b>		
---	----------------------	--	--

Liite 6

<u>Pelkistetyt ilmaiset</u>	<u>Alaluokka</u>	<u>Yläluokka</u>	<u>Päälouokka</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaan ikä ja sairaudet (2)</li> <li>- omaiset (2)</li> <li>- potilaan huomioiminen</li> <li>- yksilölliset tarpeet</li> </ul>	<b>Potilaan tarpeiden tunnistaminen</b>	<b>Potilaslähtöisyys</b>	<b>Potilasohjaus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaan aktiivinen rooli (2)</li> <li>- suunniteltua</li> <li>- vuorovaikutus (2)</li> <li>- kuunteleminen</li> <li>- kokonaisvaltaista</li> <li>- hyödyllinen potilaalle</li> <li>- yksilöllistä (3)</li> <li>- monipuolista</li> <li>- ymmärrettävää (1)</li> <li>- tiedon varmistaminen kertauksella (2)</li> <li>- laatu</li> <li>- arviointi</li> <li>- valmistautuminen</li> <li>- prosessimainen työskentelytapa</li> <li>- rutiini</li> <li>- potilaan motivointi (2)</li> <li>- potilaiden tarpeista lähtevää (3)</li> <li>- hoidon onnistuminen</li> <li>- turvallisuuden tunne</li> <li>- kuntoutumisen tukeminen</li> <li>- itsehoitovalmiuksien tukeminen</li> <li>- hoitajakson lyhentäminen</li> <li>- leikkauskelpoisuuden varmistaminen</li> <li>- hoitoon sitoutumisen kannustaminen</li> <li>- itsemääräämisoikeuden turvaaminen</li> <li>- kunnioitus</li> <li>- henkinen tuki (3)</li> <li>- kiireettömyys</li> <li>- rauhallisuus</li> <li>- perusteellista</li> <li>- oikea aikaista</li> <li>- lisää tietoa ennalta potilaalle</li> </ul>	<b>Ohjauksen toteutus ja tavoitteet</b>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- voimaannuttaminen</li> <li>- näyttöön perustuva tieto</li> </ul>		<b>Organisaatio</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- yksilöohjaus (2)</li> <li>- suullinen ohjaus (4)</li> <li>- puhelinohjaus (2)</li> <li>- muistilistat</li> <li>- yhteiset toimintamallit</li> <li>- kirjallinen ohjaus (2)</li> <li>- kuvat,videot,power point (2)</li> <li>- ryhmäohjaus</li> </ul>	<b>Ohjausmenetelmät</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- erikoisala vaikuttaa</li> <li>- yksiköiden välinen yhteistyö tärkeää</li> <li>- moniammatillisuus</li> <li>- työyksikkö vaikuttaa ohjausmenetelmään</li> <li>- käytettävissä oleva aika (2)</li> <li>- käytettävissä oleva ohjausmateriaali</li> <li>- koulutus välineistön käyttöön</li> <li>- asianmukaiset tilat (2)</li> <li>- käytettävissä oleva tutkimustieto</li> <li>- henkilökunnan yhteistyö</li> <li>- kehittämismahdollisuudet</li> <li>- hoitovälineistö</li> </ul>	<b>Resurssit</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- haasteellista</li> <li>- vastuutonta</li> <li>- kirjaamisen puutteellisuus</li> <li>- kiire</li> <li>- työn näkymättömyys</li> <li>- kertaluontoista</li> <li>- ohjaajan persoonallisuus ja tiedot</li> <li>- puutteelliset materiaalit (3)</li> <li>- potilasohjaus puutteellista (2)</li> <li>- perustuu hoitajan omiin kokemuksiin</li> <li>- käytettävissä oleva aika (2)</li> <li>- meluisat tilat (2)</li> <li>- yksityisyyden suojan turvaaminen</li> <li>- uusien työntekijöiden perehdyttäminen</li> </ul>	<b>Haasteet</b>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaan hakeman tiedon oikeellisuus?</li> <li>- liian hallitsevat omaiset</li> <li>- eri etniset, kielelliset vähemmistöt</li> <li>- eri sosiaaliryhmät</li> <li>- oikea aikaisuus</li> <li>- työn yksipuolisuus</li> <li>- perustelematonta tietoa ohjauksessa</li> <li>- yksilöllisyyden puute</li> <li>- koulutuksen puute</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- työkokemus (2)</li> <li>- laaja ammattitaito</li> <li>- hoitajan kehittämismyönteisyys</li> <li>- koulutus potilasohjaukseen (2)</li> <li>- teoretieto (2) (tieto sairauksista, tieto hoidon jälkeisestä voinnista, tieto hoidon jälkeisestä kuntoutumisesta)</li> <li>- hoitoon valmistamisen taito</li> <li>- potilaan hyvinvoinnin edistämistaidot</li> <li>- myönteinen asenne ohjaukseen (2)</li> <li>- ohjausmenetelmien hallinta (2)</li> <li>- lisäkoulutuksen tarve</li> <li>- asiantuntijuus</li> <li>- havainnointi kyky</li> <li>- vastuullisuus</li> <li>- moniammatillinen yhteistyötaito, kyky verkostoitua (2)</li> <li>- konsultoinnin tarpeen tunnistaminen</li> <li>- kyky itsenäiseen työskentelyyn</li> <li>- kyky vastata ohjaustoiminnan kokonaisuudesta</li> <li>- motivaatio työhön</li> <li>- osa päivittäistä työtä</li> <li>- osa ammatillisuutta</li> </ul>	<b>Hoitohenkilökunta</b>		